

VD	Agentur
VS-Nr.	Schaden-Nr.

## Schadenanzeige zur Betriebsunterbrechungsversicherung (BUFT)

Eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungsfreiheit führen.

### A. Allgemeine Angaben:

#### 1. Versicherungsnehmer

Name/Vorname  
 \_\_\_\_\_

Beruf  
 \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr.  
 \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum      Telefon  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

#### 2. Betroffene Person

Name/Vorname  
 \_\_\_\_\_

Beruf  
 \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr.  
 \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum      Telefon  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

#### 3. Angaben zur Betriebsunterbrechung:

Art des betroffenen Betriebes: _____	Anzahl der Mitarbeiter: _____	freiberufliche Tätigkeit als: _____	in Zusammenarbeit mit _____ Kollegen
---	----------------------------------	--	--

Der Betrieb/die Tätigkeit wurde

unterbrochen ab: _____	teilweise aufgenommen ab dem: _____	zu _____ %	vollständig aufgenommen ab dem: _____	nicht unterbrochen, da _____
---------------------------	---	---------------	---	---------------------------------

fortgesetzt durch (Vertretung): Name:  
 \_\_\_\_\_

Anschrift:  
 \_\_\_\_\_

4. Grund der Unterbrechung:     Krankheit (bitte weiter mit Teil B)  
     Unfall (bitte weiter mit Teil C)

5. Bestehen für die betroffene Person weitere Tagegeld, Krankentagegeld, Betriebsunterbrechungsversicherungen etc:     ja     nein  
 bei Gesellschaft:      Anschrift      Aktenzeichen

_____	_____	_____
_____	_____	_____



## B. Betriebsunterbrechung aufgrund einer Erkrankung:

1. Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_ 2. Die ersten Symptome traten auf am: \_\_\_\_\_ Wiedererkrankung:  ja  nein
3. mit Wiedereintritt der vollen Arbeitsfähigkeit ist zu rechnen:  ja  nein
4. Ärztliche Behandlung der Krankheit: \_\_\_\_\_ ist erfolgt  nein  ja, stationär  ja, ambulant  
 ist beendet  
Weiterbehandlung ist geplant \_\_\_\_\_  
von – bis: \_\_\_\_\_  
von – bis: \_\_\_\_\_
5. die ärztliche Behandlung der Erkrankung erfolgte durch:  ja, stationär  ja, ambulant  
 erstbehandelnder Arzt  erstbehandelndes Krankenhaus  
Name und vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  letztbehandelnder Arzt  letztbehandelndes Krankenhaus  
Name und vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Leidet oder litt die versicherte Person an einer erheblichen, d.h. eine regelmäßige Behandlung erfordernde, zu mehr als 14 tägiger Arbeitsunfähigkeit oder zu einer stationären Behandlung führenden Krankheit; an Gebrechen; an Unfallfolgen (ggf. gesondertes Blatt beifügen)?  nein  ja, falls ja  
Art der Krankheit \_\_\_\_\_ des Gebrechens \_\_\_\_\_ der Unfallfolgen \_\_\_\_\_  
welche Ärzte behandelten die genannten Gebrechen – Name und Anschrift  
\_\_\_\_\_

## C. Betriebsunterbrechung aufgrund eines Unfalls:

1. Schilderung des Unfalls: Bitte genaue Beschreibung von Ort, Hergang und Ursache (ggf. gesondertes Blatt beifügen)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Zeugen (ggf. gesondertes Blatt beifügen)  
Name und Anschrift \_\_\_\_\_ Wo befand sich der Zeuge? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Unfallaufnahme durch die Polizei  nein  ja  
Dienststelle \_\_\_\_\_ Tagebuch Nr.: \_\_\_\_\_
4. War die versicherte Person Fahrzeuglenker:  nein  ja wenn ja, war sie im Besitz der nötigen Fahrerlaubnis  nein  ja  
Fahrzeugart: \_\_\_\_\_ Kennzeichen: \_\_\_\_\_
5. Welche Folgen hatte der Unfall (Art und Umfang der Verletzungen)  
\_\_\_\_\_
6. mit Wiedereintritt der vollen Arbeitsfähigkeit ist zu rechnen:  ja  nein
7. Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?  nein  ja  
Name und Anschrift \_\_\_\_\_ Aktenzeichen \_\_\_\_\_
8. Die verletzte Person hat in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall zu sich genommen?  
Alkohol  nein  ja \_\_\_\_\_ Medikamente  nein  ja \_\_\_\_\_ Drogen  nein  ja \_\_\_\_\_ Blutprobenentnahme  nein  ja  
Art und Menge \_\_\_\_\_ Art und Menge \_\_\_\_\_ Art und Menge \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_
9. Ärztliche Behandlung der Unfallfolgen: \_\_\_\_\_ ist erfolgt  nein  ja, stationär  ja, ambulant  
 ist beendet  
Weiterbehandlung ist geplant \_\_\_\_\_  
von – bis: \_\_\_\_\_ von – bis: \_\_\_\_\_  
 ja, stationär  ja, ambulant
10. die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen erfolgte durch:  ja, stationär  ja, ambulant  
 erstbehandelnder Arzt  erstbehandelndes Krankenhaus  
Name und vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_  letztbehandelnder Arzt  letztbehandelndes Krankenhaus  
Name und vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Leidet oder litt die versicherte Person unabhängig von dem jetzigen Ereignis an einer erheblichen, d.h. eine regelmäßige Behandlung erfordernde, zu mehr als 14 tägiger Arbeitsunfähigkeit oder zu einer stationären Behandlung führenden Krankheit; an Gebrechen oder an den Folgen früherer Unfälle? (ggf. gesondertes Blatt beifügen)?  nein  ja, falls ja

Art der Krankheit \_\_\_\_\_ des Gebrechens \_\_\_\_\_ der Unfallfolgen \_\_\_\_\_

welche Ärzte behandelten die genannten Erkrankungen etc. – Name und Anschrift

\_\_\_\_\_

12. Hat die versicherte Person bereits früher Unfälle erlitten

(ggf. gesondertes Blatt beifügen)  nein  ja

Datum:

Folge:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### D. Im Todesfall:

Datum

Uhrzeit

Sterbeort

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

den Tod feststellender Arzt – Name und vollständige Anschrift

\_\_\_\_\_

#### 13. Zahlung erbeten an:

Bank-/Postverbindung

BLZ

Konto-Nr.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inhaber

\_\_\_\_\_

**Bitte abtrennen und vom Krankenhaus / Arzt bestätigen lassen.**



vom Verletzten auszufüllen

VS-Nr.

Schaden-Nr.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und / oder stationärem Krankenhausaufenthalt

Name/Vorname

Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

wohnhaft in

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

vom Arzt auszufüllen

war wegen

Diagnose:

in stationärer Behandlung

vom

bis

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

arbeitsunfähig

vom

bis

zu %

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

arbeitsunfähig

vom

bis

zu %

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

arbeitsunfähig

vom

bis

zu %

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schweigepflichtsentbindungserklärung:**

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Überprüfung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich Sie von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – außer Sozialversicherungsträger -, ferner für die Angehörigen von anderer Unfall-, sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/ den gesetzlich von mir vertretenen \_\_\_\_\_ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

**Erklärung**

**Es wird hiermit bestätigt, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat.**

**Ich bin einverstanden, dass die Basler Securitas Versicherungen zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten, die den angezeigten Schadenfall betreffen, einsehen können.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Verletzten oder seiner Angehörigen

Basler Securitas Versicherungs-Aktiengesellschaft | Sitz der Gesellschaft: Bad Homburg v.d.H. | Amtsgericht Bad Homburg v.d.H., HRB 9357  
Vorstand: Dr. Frank Grund – Vorsitzender, Clemens Fuchs, Hubertus Ohrdorf, Dr. Christoph Wetzel | Aufsichtsratsvorsitzender: German Egloff  
Basler Straße 4, 61345 Bad Homburg v.d.H. | USt-ID-Nr. DE 226249624 | Internet: www.basler.de | E-Mail: info@basler.de

Basler Versicherungs-Gesellschaft in Basel | Aktiengesellschaft nach Schweizer Recht | Deutsche Zweigniederlassung: Basler Versicherungs-Gesellschaft  
Direktion für Deutschland | Amtsgericht Bad Homburg v. d. H., HRB 1228 | Hauptbevollmächtigter für Deutschland: Dr. Frank Grund  
Basler Straße 4, 61345 Bad Homburg v. d. H. | USt-ID-Nr. DE 226249624 | Internet: www.basler.de | E-Mail: info@basler.de

