

Schadenmeldung

zur Praxis- und Honorarausfall-Versicherung (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Versicherungsnummer::					Unsere Schadenn	r <u>.:</u>	
Versicherungsnehmer							
T en siemen en eg sinemmen							
Titel, Name:					_		
Vorname:					_ Telefon:		
Straße:					Telefax:		
Postleitzahl:		Woh	nort:		GebDatum:		
	-114						
Fragen zur Arbeitsunfähi	gkeit						
Arbeitsunfähig seit: Arbeitsunfähig, weil							
(konkrete Diagnose):							
K			1 - 11 - 1 - 1		4M		
Kann ausgeschlossen werd Drogengenuss bedingte Be		_		Irch Alkonoi-, Me	edikamenten- oder	☐ Ja	□ Nein
						— ,	_
Praxisunterbrechung dur	ch Krankheit						
Nennen Sie uns Symptome und Krankheitsverlauf (Rückfälle, rezidive Erkrankungen):							
Schadenschilderung bei U	Unfall						
Unfallbeteiligung durch [Dritte					☐ Ja	☐ Nein
Behandlungen							
Stationäre Krankenhausbel	handlung:	☐ Ja	☐ Nein				
Name und Anschrift des Kr	_	,u	IVelii				
Name and Anschille des Ki	ankennauses.						
Name der behandelnden Ä	ırzte.						
Beginn der stationären Beh	•						
1	-				inhalinh nas		
Ende der stationären Behai	nalung:			oder vorauss	icntlich am:		



Erfolgt(e) weiterhin eine ambulante Nachbehandlung?		☐ Ja	Nein				
Beginn der ambulanten Behandlung:							
Ende der ambulanten Behandlung: od	der voraussichtlich am:						
Welche weiteren ärztlichen Maßnahmen (Heilverfahren, Therapien, Kuren,) sind noch vorgesehen un	d ab wann begin	nen Sie?				
Art der Behandlung:		Beginn:					
Art der Behandlung:		Beginn:					
Gesundheitszustand							
Waren Sie vor der angezeigten Erkrankung / dem Unfall gesund?		☐ Ja	☐ Nein				
Wenn nein, bitte Diagnose, Name, Anschrift und Fachrichtung der konsultierten Ärzte:							
, 0.11-1, 1.11-1.11-1.11-1.11-1.11-1.11-1.1							
Können Sie uns noch sonstige Hinweise geben, die hilfreich für die bessere	e Beurteilung Ihrer Arbeitsur	ıfähigkeit sind?					
Waren Sie schon früher von Krankheiten / Unfällen betroffen, sie sich auf d	die oben genannte						
Diagnose beziehen?	G	☐ Ja	☐ Nein				
Wenn ja, welcher Art waren diese?							
Liegen diesbezüglich Arztberichte vor?	Wenn ja, reichen S	ie uns diese bitte	e mit ein.				
Bitte nennen Sie uns noch den Namen, Anschrift und Fachrichtung der kor	nsultierten Ärzte und Ihres H	ausarztes:					
Angaben zur Praxisunterbrechung							
Zeitpunkt der vollständigen Unterbrechung des Betriebes:							
Werden noch Tätigkeiten in der Praxis / dem Betrieb durchgeführt?		☐ Ja	Nein				
Wenn ja, welche und in welchem Ausmaß wird hierdurch der Betrieb aufre	chterhalten:						
War ein Urlaub zum Zeitpunkt Ihrer Arbeitsunfähigkeit anberaumt?		□ Ja	Nein				
Wenn ja, nennen Sie uns bitte den genauen Zeitraum Ihres Urlaubs:							
Wann wurde / wird voraussichtlich der Betrieb wieder ausgenommen?							
Vereinbarte Karenztage:							
<u>-</u>							
Angaben zu weiteren Versicherungen							
Bestehen für die versicherte Person noch bei anderen Versicherern Unfall-	oder		□ Maia				
Krankenversicherungen?		∐ Ja	∐ Nein				
Gesellschaft:	Versicherungsschein-Nr.:						
Gesellschaft:	Versicherungsschein-Nr.:						

Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers

Ort, Datum



Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht

Versicherungsnehmer:	Unsere Schaden-Nr.:
Ich willige ein, dass die R+V Allgemeine Versicherung AG bzw. deren Vert die Prüfung der geltend gemachten Ansprüche erforderlich ist – bei den r Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stelle Leistungsfall einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Krankenl Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen und Behörden.	nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet. en ein, bei denen wir erforderliche Informationen über den
Ich befreie die genannten Personen oder Mitarbeiter der genannten Stelle Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, soweit sie für Ich willige ein, dass die R+V Allgemeine Versicherung AG bzw. deren Vert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung der von mir erhobenen Ansprüche Ich willige ein, dass die R+V Allgemeine Versicherung AG bzw. deren Vert Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, sowei Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern zurübzw. deren Vertreter die assekuranz ag zweckentsprechend verwendet we Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über der Gutachtern zurüber der Gutachtern zurü	die Beurteilung der Leistungspflicht von Bedeutung sein könnten. Freter die assekuranz ag meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert erforderlich ist. Freter die assekuranz ag meine Gesundheitsdaten an medizinische t dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. ück übermittelt und seitens der R+V Allgemeine Versicherung AG erden.
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Versicherungsnehmers



Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts-und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen (§ 13 Ziff. 1 und § 19 Ziff. 1) können wir von Ihnen auch Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheiten), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zu Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen keine wahrheitsgemäßen Angaben oder stellen Sie die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung in Bezug auf das versicherte Einzelrisiko, für das die verletzte Obliegenheit gilt.

Kündigung

Bei schuldhafter Verletzung einer Obliegenheit kann der Versicherer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Obliegenheitsverletzung mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von belegen verpflichtet.