



UNFALLBERICHT

GARANTA Bergschutz

Art der Versicherung
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Teilprodukt "Wir bringen dich heim"
 Teilprodukt "Wir machen dich wieder fit"

Versicherungsnehmer

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Polizzenummer
Adresse		Telefon	E-Mail
Bankverbindung IBAN	BIC		

Verletzte Person

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Telefon / E-Mail
Ausgeübter Beruf bei Eintritt des Unfalls			

Wann und wo passierte der Unfall?

Datum	Uhrzeit (hh:mm)	Unfallort
-------	-----------------	-----------

Schilderung des Unfalls

Bitte schildern Sie den genauen Hergang in Worten.

Falls vorhandener Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein Beiblatt.

Verletzungen

Welche Verletzungen erlitt der Versicherte bei dem Unfall? (Art der Verletzungen und betroffene Körperstellen bitte genau bezeichnen!)

Hatte der Verletzte im Bereich der jetzigen Unfallverletzung früher einmal eine Erkrankung oder Verletzung?
Wenn ja, bitte geben Sie an, wann und welche Verletzungen / Erkrankungen. ja nein

Behandelnde Ärzte und Krankenhäuser

Wann und wo wurde mit ärztlicher Behandlung nach dem Unfall begonnen?	Behandlungsbeginn
Wurde der Verletzte in einem Krankenhaus behandelt? <input type="checkbox"/> ja - ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> ja - stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> nein	
Namen und Adressen der behandelnden Ärzte / Krankenhäuser Beilage von Arzt- und Krankenhausbestätigung sofern vorhanden.	Behandlung von – bis
1)	
2)	
3)	



Sonstige Informationen

Bestehen weitere Versicherungen für dieses Ereignis? (z. B. private Unfallversicherung, Kreditkarte, Mobilitätsschutzbrief etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versicherungsgesellschaft	Polizzenummer	

Wurde der Vorfall polizeilich aufgenommen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Polizeidienststelle	Geschäftszahl	
Konsumierte der Verletzte innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Suchtgift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte geben Sie an was und wie viel konsumiert wurde.		

Haben Zeugen den Unfall beobachtet?

Wenn ja, bitte geben Sie Namen und Adressen der Zeugen bekannt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Vorstehende Angaben sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht. Unvollständigkeit oder falsche Angaben können zur Leistungsfreiheit des Versicherers im Sinne der gültigen Versicherungsbedingungen führen.

Der verantwortungsvolle Umgang mit Ihren Daten ist uns wichtig und für uns selbstverständlich. Im Rahmen unserer Geschäftstätigkeit verarbeiten wir Ihre Daten unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzvorschriften und unserer Datenschutzrichtlinien. Sie finden auf unserer Homepage www.garanta.at/datenschutz entsprechende Informationen auch im Hinblick auf Artikel 13 und 14 DSGVO. Gerne können Sie diese Information auch in Papierform bei uns anfordern.

Ermächtigung:

Ich (wir) ermächtige(n) die GARANTA Versicherungs-AG Österreich sowie deren Vertreter, in die diesen Vorfall betreffenden Straftaten / Krankengeschichten Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

Ort / Datum

Unterschrift des Verletzten
bzw. gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers
bzw. gesetzlichen Vertreters

Beilagen (sofern vorhanden und zutreffend) lt. AVB's:

- Hotelbestätigung, Hotelrechnung
- Rechnung über Transport
- Ärztliche Bestätigungen
- Krankenhausbestätigungen
- Rechnungen über Selbstbehalte
- Sonstiges: _____

Bitte vollständig ausgefüllt samt Beilagen per E-Mail an leistung@garanta.at
per Fax an +43 662 2426-330
oder per Post an GARANTA Versicherungs-AG Österreich, Moserstraße 33, 5020 Salzburg übermitteln.