

SCHADENBERICHT

Startgeld „Mountain Attack“

GARANTA
VERSICHERUNG

Versicherte Person

Name und Vorname	Polizzenummer	Telefon
	Geburtsdatum	E-Mail

Kranke/ Verletzte Person (bei Staffel)

Name und Vorname	Geburtsdatum	Telefon/ E-Mail
------------------	--------------	-----------------

Wann und wo ist der Schadenfall eingetreten

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

Schilderung des Schadenfalls

Bitte schildern Sie den genauen Hergang in Worten (und fertigen Sie eventuell eine Skizze an).

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

Krankheit / Verletzungen

Welche Krankheit oder Verletzungen erlitt der Versicherte? (Art der Krankheit oder Verletzungen; bei Verletzung betroffene Körperstellen bitte genau bezeichnen!)

Behandelnde Ärzte und Krankenhäuser

Wann und wo wurde mit der ärztlichen Behandlung begonnen?	Behandlungsbeginn
Wurde der Erkrankte/ 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

Konsumierte der Erkrankte/ Verletzte innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Schadenfall **Alkohol, Suchtgift oder Medikamente** ja nein

Wenn ja, bitte geben Sie an was und wie viel konsumiert wurde.

Ich erkläre hiermit, dass die Angaben von mir wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden.

Ich ermächtige die GARANTA Österreich Versicherungs-AG ausdrücklich dazu, meine Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, die mich, auf diesen Leistungsfall bezogen, behandelt haben über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen, in die betreffenden Krankengeschichten Einsicht zu nehmen und Abschriften anzufertigen.

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten
bzw. gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers
bzw. gesetzlichen Vertreters

Bitte um Überweisung des Leistungsbetrags an:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten
bzw. gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers
bzw. gesetzlichen Vertreters

bitte vollständig ausgefüllt samt Beilagen per Email an leistung-online@nuernberger.at
per FAX an +43 5 04487-330
oder per Post an GARANTA Versicherungs AG, Moserstraße 33, 5020 Salzburg übermitteln

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

- Ärztliche Bestätigungen
- Krankenhausbestätigungen
- Sonstiges: _____
- versichertes Start- bzw. Eintrittsgeld: _____