

# Personen - Unfall - Schadenmeldung

Team Gastberger Versicherungsmakler Ges.m.b.H. & Co.KG.

Tel.: +43 (0)6462 3040 Bischofshofen

[schaden@gastberger.at](mailto:schaden@gastberger.at) / [www.gastberger.at](http://www.gastberger.at)

Gerald Hötzenauer GmbH

Tel.: +43 (0)6463 600 40 Annaberg

[info@hoetzenauer.at](mailto:info@hoetzenauer.at) / [www.hoetzenauer.at](http://www.hoetzenauer.at)



Versicherungsanstalt:		Polizzenummer:	Schadensnummer:
Schadensart:		Einzelunfall <input type="checkbox"/>	Familienunfall <input type="checkbox"/>
Verschuldenssituation:		Kinderunfall <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>
		Eigenverschulden: <input type="checkbox"/>	Teilverschulden: <input type="checkbox"/>
		kein Verschulden: <input type="checkbox"/>	

Daten des Versicherungsnehmers:	
Name / Vorname	Handy:
PLZ & Ort:	Telefon:
Straße / Nr.:	Sonstiges:

Versicherter (Verletzter):	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	Geb. Datum:
	<input type="checkbox"/> Versicherte(r):	Geb. Datum:
derzeit ausgeübter Beruf:	Staatsbürgerschaft	

Unfall bei:	<input type="checkbox"/> Beruf / Weg	<input type="checkbox"/> Verkehr	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> Sport
Schadendatum/Uhrzeit:	Zeit:	Ort:			
Zeugen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
behördliche Aufnahme:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	GZP- Nr.:	Posten:		
Besteht bei einer anderen Gesellschaft Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Haben Sie innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja Menge:				

Schadenshergang in Kurzform:	
falls notwendig, 2. Seite benützen	

Unfall –u./od. Schlussbericht		Auszufüllen vom behandelnden Arzt	
Erste Hilfe von (Arzt, Krankenhaus)			
Art der erlittenen Verletzung(en) / Diagnose(n)			
Bei stationärer Behandlung Krankenhaus und Aufenthaltsdauer		von:	bis:
Behandelnder Arzt (Name und Anschrift)			
Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		vollständige voraussichtlich	von bis
		teilweise voraussichtlich	von: bis:
Wird der Unfall nach Ansicht des behandelten Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> möglicherweise <input type="checkbox"/> nein	
		Grad der dauernden Invalidität	%
		Verletzte Gliedmassen oder Organe	
Haben Krankheit, Gebrechen, Alkohol-/ Drogenmissbrauch die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Berichtshonorar	€	Konto Nr.	BLZ:
Ort und Datum		Stempel und Unterschrift des behandelten Arztes	

# Personen - Unfall - Schadenmeldung

Team Gastberger Versicherungsmakler Ges.m.b.H. & Co.KG.

Tel.: +43 (0)6462 3040 Bischofshofen

[schaden@gastberger.at](mailto:schaden@gastberger.at) / [www.gastberger.at](http://www.gastberger.at)

Gerald Hötzenauer GmbH

Tel.: +43 (0)6463 600 40 Annaberg

[info@hoetzenauer.at](mailto:info@hoetzenauer.at) / [www.hoetzenauer.at](http://www.hoetzenauer.at)



Ich stimme ausdrücklich zu, dass alle Ärzte, Krankenanstalten, Dentisten, Apotheken, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, der o.a. Versicherung die Prüfung eines Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln.

Entschädigungszahlung an folgenden Kontoinhaber	IBAN: lautet auf den VN <input type="checkbox"/> oder lautet auf folgende Person _____
---	---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

Weitere Schadenschilderung: