

Unfallanzeige

Eingangsstempel LD	Eingangsstempel GD
--------------------	--------------------

- Unfallversicherung**
- Krankenversicherung**
- Lebensversicherung**

übermittelt von:
am
Regress ja nein

Polizzenummer		Versicherungsnehmer: Familienname, Titel		Vorname	
Beruf, Art der Beschäftigung			E-Mail		
IKZ	Postleitzahl	Wohnanschrift, Ort		Telefon-Nr.	Fax-Nr.
Straße			Haus-, Ort-Nummer		

Angaben zum Verletzten

Kundennummer	Familienname, Vorname, Titel			Geburtsdatum	
	Tag	Monat	Jahr		
Fam.-Stand	Beruf, Art der Beschäftigung – bei Arbeitslosigkeit – seit wann		Sozialvers.	beschäftigt bei	
Wohnanschrift, Ort					
Besteht für den Verletzten bei einer anderen privaten Versicherungsgesellschaft eine					
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung		<input type="checkbox"/> Unfallversicherung		<input type="checkbox"/> Lebensversicherung mit Unfallversicherung	
<input type="checkbox"/> Reiseversicherung		Versicherungsgesellschaft: _____			
Polizze-Nr.:					
Hat der Verletzte bereits einen Unfall erlitten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Wenn ja, Folgen des Unfalles: _____					
Hat der Verletzte dafür Versicherungsleistungen erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Wenn ja, entschädigt mit € _____		Datum: _____			
Versicherungsgesellschaft: _____		Polizze-Nr.: _____			

Angaben zum Unfall

Wann ereignete sich der Unfall?	am	um	Uhr
		<input type="checkbox"/> vormittags	<input type="checkbox"/> nachmittags
Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Straße, Platz, Hausnummer – genaue Bezeichnung des Ortes und der Räumlichkeit)			
Bei welcher Beschäftigung oder bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall?			
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall			
Wurde der Unfall durch Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Schlaganfall oder Herzinfarkt ausgelöst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, durch			
Art der Verletzungen?			
Bei Handverletzungen: Welche Hand war betroffen?		<input type="checkbox"/> Gebrauchshand <input type="checkbox"/> Gegenhand	
War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles alkoholisiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wurde der Unfall vom Verletzten verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn nein, Name und Anschrift des Unfallgegners bzw. des Verursachers: _____			
Wurde ein Rechtsanwalt beauftragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, Name und Anschrift des Rechtsanwalts: _____			
Wurde der Vorfall von einer Sicherheitsbehörde aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, von welcher, wo und unter welcher Aktenzahl?			
War ein stationärer Krankenhausaufenthalt zur Behebung der Unfallfolgen notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Krankenhaus: _____		Dauer: von _____ bis _____	
Besteht für den Unfallgegner eine			
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung		<input type="checkbox"/> Kfz-Haftpflichtversicherung	
<input type="checkbox"/> Haushaltsversicherung		Versicherungsgesellschaft: _____	
Polizze-Nr.:			

Bei Kraftfahrzeugunfällen zu beantworten:	Fahrzeug des Verletzten	Fahrzeug des Unfallgegners
Art des Fahrzeugs		
Fahrzeug-Type/Fabrikat		
Fahrgestell-Nummer		
Behördliches Kennzeichen		
Name und Anschrift des Lenkers		
Name und Anschrift des Fahrzeughalters		
Anzahl der Kraftfahrzeug-Insassen (einschließlich Lenker)		

Ursache und Hergang des Schadens – bitte in jedem Fall und ausführlich schildern (evtl. Skizze)!

Sonstige Mitteilungen an die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft:

Wohin soll die Entschädigung überwiesen werden?

BLZ:

Kontonummer:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

Ich erkläre, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben, und verbürge mich für deren Richtigkeit, auch wenn sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ich ermächtige die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft, alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in alle den Unfallschaden betreffenden Akten Einsicht zu nehmen und davon Abschriften oder Kopien anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers und der verletzten versicherten Person

BITTE SCHADENMELDUNG UNVERZÜGLICH WEITERLEITEN!

Generaldirektion | A-8011 Graz, Neutorgasse 57 | Tel. (+43) 0316/8034-0, Fax (+43) 0316/8034-2534 | E-mail: merkur@merkur.at | www.merkur.at | Servicetelefon: 0800/206080

Landesdirektionen: **1041 Wien**, Wiedner Hauptstraße 23–25, 01/5055744 | **3100 St. Pölten**, Peppertstraße 33, 02742/368642 | **4021 Linz**, Volksgartenstraße 17, 0732/664466

5020 Salzburg, Auerspergstraße 15, 0662/871434 | **6020 Innsbruck**, Leopoldstraße 17, 0512/59840 | **6851 Dornbirn**, Mozartstraße 3, 05572/24505

8010 Graz, Conrad-v.-Hötzendorf-Straße 86, 0316/8083-0 | **9020 Klagenfurt**, Lidmanskýgasse 17, 0463/511848

Merkur Versicherung Aktiengesellschaft | Firmenbuch FN 38045 z | LG Graz als Firmenbuchgericht | UID: ATU28646007 | St.SpK.:BLZ 20815 Kto. 0000-133280