

Unfallmeldung



GRAZER WECHSELSEITIGE

Versicherung Aktiengesellschaft

Generaldirektion: A-8011 Graz, Herrngasse 18-20

Telefon: (0316) 8037-0

Telefax: (0316) 8037-1689

Pollze Nr.:

Schadensnummer:

*Unfälle sind unverzüglich durch Einsendung dieses ausgefüllten Formulars bei der Grazer Wechselseitigen Versicherung AG zu melden. Für eine rasche Schadensbearbeitung ist die vollständige und korrekte Beantwortung **a l l e r** angeführten Fragen notwendig.*

1. Name des Versicherungsnehmers:	
2. Name des Verletzten:	
3. Geburtsdaten des Verletzten:	
4. Wohnort des Verletzten: (Ort, Straße, Haus-Nr., Telefon- und Telefaxnummer)	
5. Beruf und allfällige Nebenbeschäftigungen des Verletzten:	
6. In welchem (Verwandtschafts-)Verhältnis steht der Verletzte zum Versicherungsnehmer?	
7. Datum und Uhrzeit des Unfalls:	
8. Genauer Unfallort:	
9. Welche Polizei- bzw. Gendarmeriedienststelle hat den Unfall aufgenommen?	
10. Geben Sie Name und Anschrift von Zeugen bekannt:	
11. Wie war der Hergang des Unfalls? (Diese Frage ist ausführlich zu beantworten, damit man ein deutliches Bild vom Unfall erhält.)	

bitte wenden!

Information für den Versicherungsnehmer/ Verletzten:

Wir benötigen zur Abrechnung des / der

Taggeldes: – bei Arbeitnehmern: Krankenstandsbestätigung des Sozialversicherers
– bei Selbständigen und Bauern: einen vom Hausarzt ausgefüllten Schlußbericht

Spitalgeldes: – eine Spitalsaufenthaltsbestätigung

dauernden Invalidität: – eine entsprechende ärztliche Bestätigung über unfallkausale Dauerfolgen, frühestens ein Jahr nach dem Unfall

12. Welcher Art sind die Verletzungen?	
13. Geben Sie uns bitte Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Krankenhauses bekannt: (Spitaleaufenthaltsbestätigung bzw. Ambulanzkarte bitte belegen!)	
14. Wer führte die Erstbehandlung durch?	
15. Geben Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres ständigen Hausarztes bekannt:	
16. Bestanden bereits vor dem gegenständlichen Unfall körperliche Leiden, Vorfälle oder sonstige Gebrechen? Gegebenenfalls, welche:	
17. Bei welchem Sozialversicherer ist der Versicherungsnehmer / Verletzte versichert?	
18. Besteht für den Versicherungsnehmer / Verletzten eine Kranken-, Lebens- oder weitere Unfallversicherung? (Wenn ja, geben Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft und die Pollizenznummer bekannt)	

Nur bei Unfällen mit einem Kraftfahrzeug zu beantworten:

19. Wer ist Halter bzw. Eigentümer des Kfz?	
20. Wer hat das Kfz gelenkt?	
21. Führerscheindaten des Lenkers?	
22. Kfz-Haftpflichtversicherer des Fahrzeuges? (Gesellschaft, Pollizenznummer, Kennzeichen)	
23. Ihre Bankverbindung:	Bankleitzahl
	Kontonummer
	Konto lautend auf

Ich erkläre, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Wir ersuchen Sie, auch die nachfolgenden **Vollmachten zu unterfertigen**. Dadurch kann Ihr Unfallsakt rascher bearbeitet werden. Die uns übermittelten Informationen werden in jedem Fall vertraulich behandelt.

VOLLMACHT

Ich ermächtige die Grazer Wechselseitige Versicherung AG in meiner Angelegenheit in die Gerichts- und Verwaltungsakte Einsicht zu nehmen und von diesen Abschriften anzufertigen.

Datum: Ort:

Unterschrift:

VOLLMACHT

Ich ermächtige die Grazer Wechselseitige Versicherung AG zur Beschaffung von Kopien bzw. Abschriften aller ärztlichen Unterlagen meines Unfalls vom.....

Behandlungszeitraum:

Krankenhaus:

Datum: Ort:

Unterschrift:
(des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)