

**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: _____ Polizzi-Nr.: _____					
Hat der Verletzte bereits einen Unfall erlitten? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Wenn ja, Folgen des Unfalles: _____					
Hat der Verletzte dafür Versicherungsleistungen erhalten? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Wenn ja, entschädigt mit € _____ Datum: _____ Versicherungsgesellschaft: _____ Polizzi-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? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> 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? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>			
Wurde der Unfall vom Verletzten verursacht? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Wenn nein, Name und Anschrift des Unfallgegners bzw. des Verursachers: _____			
Wurde ein Rechtsanwalt beauftragt? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Wenn ja, Name und Anschrift der Rechtsanwalts: _____			
Wurde der Vorfall von einer Sicherheitsbehörde aufgenommen? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Wenn ja, von welcher, wo und unter welcher Aktenzahl?			
War ein stationärer Krankenhausaufenthalt zur Behebung der Unfallfolgen notwendig? <span style="float:right"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Krankenhaus: _____ Dauer: von _____ bis _____			
Besteht für den Unfallgegner eine <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung <input type="checkbox"/> Haushaltsversicherung <input type="checkbox"/> KFZ-Haftpflichtversicherung Versicherungsgesellschaft: _____ Polizzi-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, undverbürge 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-8010 Graz, Joanneumring 22 | Tel. (+43) 0316/8034-0, Fax (+43) 0316/8034-2534 | E-mail: merkur@merkur.at | www.merkur.at | Servicetelefon: 0800/206080

Landesdirektionen: **1040 Wien**, Wiedner Hauptstraße 23–25, 01/5055744 | **3100 St. Pölten**, Peppertstraße 33, 02742/368642 | **4020 Linz**, Volksgartenstraße 17, 0732/664466

**5020 Salzburg**, Auerspergstraße 15, 0662/871434 | **6020 Innsbruck**, Leopoldstraße 17, 0512/59840 | **6850 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