

Versicherungsnehmer

Polizzenummer Familienname Vorname Titel

Beruf, Art der Beschäftigung E-Mail

Postleitzahl Ort Straße Hausnummer Nationalität

Angaben zum Verletzten

Kunden-Nr. Familienname, Vorname, Titel Geburtsdatum TT MM JJ m. w.

Verwandsch.-Verhältnis Beruf – Art der Beschäftigung Sozialversicherung SV-Nr.

Postleitzahl Ort Straße Hausnummer Nationalität

Hat der Verletzte bereits einen Unfall erlitten? ja nein

Wenn ja, Folgen des Unfalles

Angaben zum Unfall

1. Wann ereignete sich der Unfall? Datum Uhrzeit vormittags nachmittags

2. Wo ereignete sich der Unfall?
Ort, Straße, Platz, Hausnummer
genaue Bezeichnung des Ortes und der Räumlichkeit

3. Bei welcher Beschäftigung oder bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall? Arbeitsunfall Freizeitunfall
Beschreibung

4. Wurde der Unfall durch Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Schlaganfall oder Herzinfarkt ausgelöst? ja nein
Wenn ja, durch was

5. Art der Verletzungen? Bei Handverletzungen: Welche Hand war betroffen? Gebrauchshand Gegenhand
Beschreibung

6. War der Verletzte zum Zeitpunkt des Unfalles alkoholisiert? ja nein

7. Wurde der Unfall vom Verletzten verursacht? ja nein
Wenn nein, Name und Anschrift des Unfallgegners bzw. des Verursachers

8. Wurde ein Rechtsanwalt beauftragt? ja nein
Wenn ja, Name und Anschrift des Rechtsanwalts

9. Wurde der Vorfall von einer Sicherheitsbehörde aufgenommen? ja nein
Wenn ja, von welcher, wo und unter welcher Aktenzahl
War ein stationärer Krankenhausaufenthalt zur Behebung der Unfallfolgen notwendig? ja nein
Wenn ja, welches Krankenhaus Dauer: von bis

10. Besteht für den Unfallgegner eine Haftpflichtversicherung Haushaltsversicherung KFZ-Haftpflichtversicherung
Versicherungsgesellschaft Polizze-Nr.:

Bei Kraftfahrzeugunfällen zu beantworten

Fahrzeug des Verletzten

Fahrzeug des Unfallgegners

Form fields for the injured vehicle: Art des Fahrzeugs, Fahrzeug-Type/Fabrikat, Behördliches Kennzeichen, Name und Anschrift des Lenkers, Name und Anschrift des Fahrzeughalters

Form fields for the other vehicle: Art des Fahrzeugs, Fahrzeug-Type/Fabrikat, Behördliches Kennzeichen, Name und Anschrift des Lenkers, Name und Anschrift des Fahrzeughalters

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

Large empty box for describing the cause and course of the damage.

Besteht für die versicherte Person bei einer anderen Versicherung eine

Angaben zum Versicherungsstatus

Form fields for other insurance status: Krankenversicherung, Unfallversicherung, Lebensversicherung, Reiseversicherung, ARBÖ / ÖAMTC – Versicherung, Andere (Alpenverein, ÖSV,...), Kreditkarte

Wohin soll die Entschädigung überwiesen werden?

Allgemeines

Form fields for compensation transfer: IBAN, BIC, 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. Mit meiner Unterschrift stimme ich ausdrücklich zu, dass die Merkur Versicherung AG sämtliche, mit dem obenstehenden Versicherungsfall im Zusammenhang stehende Daten (inklusive Gesundheitsdaten) ermitteln und verarbeiten darf. Dies beinhaltet auch die Anforderung von Daten (auch Gesundheitsdaten) betreffend Kostenteilungen/Regressforderungen bei Dritten, wie z.B. anderen Gesellschaften, sowie die Weitergabe der Daten betreffend Kostenteilungen/Regressforderungen an Dritte (z.B. andere Gesellschaften). Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass sämtliche, diesen Versicherungsvertrag betreffende Korrespondenz, wie beispielsweise Polizze, Rückfragen zu diesem Antrag, Abrechnungsschreiben udgl., auch wenn diese besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) enthält, über den Versicherungsnehmer als Vertragspartner des Versicherungsunternehmens abgewickelt wird. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Form fields for signature and date: Datum, Unterschrift derverletzten versicherten Person, Unterschrift Antragsteller (Vers.-Nehmer) ggf. als gesetzliche/r Vertreter

BITTE SCHADENMELDUNG UNVERZÜGLICH WEITERLEITEN!