

# Unfallmeldung



**GRAZER WECHSELSEITIGE**

Versicherung Aktiengesellschaft

Generaldirektion: A-8010 Graz, Herrengasse 18-20

Tel. 0316-8037-0, Fax 0316-8037-6689

huks-center@grawe.at

**Police Nr.:**

**Schadennummer:** .....

*Unfälle sind unverzüglich durch Einsendung dieses ausgefüllten Formulars bei der Grazer Wechelseitigen 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. E-Mail-Adresse des Versicherungsnehmers: E-Mail-Adresse des Verletzten:	
6. Bankverbindung: BIC: IBAN: Konto lautend auf:	
7. Beruf und allfällige Nebenbeschäftigungen des Verletzten:	
8. In welchem (Verwandtschafts-)Verhältnis steht der Verletzte zum Versicherungsnehmer?	
9. Datum und Uhrzeit des Unfalls:	
10. Genauer Unfallort:	
11. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?	
12. Geben Sie Name und Anschrift von Zeugen bekannt:	
13. 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 unfallskausale Dauerfolgen, frühestens ein Jahr nach dem Unfall

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

***Nur bei Unfällen mit einem Kraftfahrzeug zu beantworten:***

21. Wer ist Halter bzw. Eigentümer des Kfz?	
22. Wer hat das Kfz gelenkt?	
23. Führerscheindaten des Lenkers?	
24. Kfz-Haftpflichtversicherer des Fahrzeuges? <small>(Gesellschaft, Polizzenummer, Kennzeichen)</small>	

**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)