

## Verhalten nach einem Unfall

### Operations-Kostenübernahmezusage - Sonderklasse nach Unfall

- 1) Ausfüllen der Schadenmeldung.
  - a) Unterschrift, Telefonnummer u. E-Mail-Adresse des Verletzten ist unbedingt erforderlich.
  - b) Genaue Beschreibung des Unfalles / Unfallherganges.
  - c) Bericht vom behandelnden Arzt, alle ärztlichen Unterlagen und Verordnungen, so wie Informationen über die geplante Behandlung / Operation beilegen.
- 2) Die Schadenmeldung (mit den Beilagen) an unser Büro senden.  
Z.H.: Frau Doris Trenk ; E-Mail: [schaden@diehelden.at](mailto:schaden@diehelden.at)
- 3) Wir bemühen uns um eine möglichst zeitnahe Bestätigung der Merkur Versicherung AG, dass die OP-Kosten übernommen werden und übermitteln Ihnen die entsprechenden Informationen.



Nur so kann eine schnelle Schadensbearbeitung / OP-Kostenübernahmeerklärung garantiert werden.

Natürlich kann auch der Arzt / das Krankenhaus direkt bei der Merkur Versicherung AG eine Kostenübernahmebestätigung einholen.

Bitte achten Sie aber darauf, dass diese auch tatsächlich vor der stationären Aufnahme vorliegt, damit Sie nicht Gefahr laufen bei einer Ablehnung die Kosten selbst tragen zu müssen.

Bei etwaigen Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Versicherungsbüro Held & Held

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

- Unfallversicherung  
 Krankenversicherung  
 Lebensversicherung

**Privatklasse Unfall - Tarif MU/10  
(Sonderklasse nach Unfall)**

übermittelt von:

am

Regress

ja

nein

Polizzenummer		Versicherungsnehmer: Familienname, Titel		Vorname	
Beruf, Art der Beschäftigung				E-Mail	
IKZ A	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 der 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?				
<b>Ist ein stationärer Krankenhausaufenthalt zur Behebung der Unfallfolgen geplant?</b>				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Krankenhaus / Arzt:</b>		Dauer: von	bis	
Besteht für den Unfallgegner eine				
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung		<input type="checkbox"/> Haushaltsversicherung		<input type="checkbox"/> KFZ-Haftpflichtversicherung
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?**

IBAN:

Geldinstitut: Kontoinhaber:

BIC:

**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!**