



Verhalten nach einem Unfall

Operations-Kostenübernahmezusage - Sonderklasse nach Unfall

- 1) Ausfüllen der Schadenmeldung **mit Stempel des Vereines.** 
 - 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
- 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

Held & Held – Versicherungsmakler

Berater in Versicherungsangelegenheiten
Gewerbliche Vermögensberatung

Wolfgang Held Ges.m.b.H.

2353 Guntramsdorf, Hauptstraße 25

Tel.: 02236 / 53086-0 Fax: 02236 / 53086-4

office@diehelden.at www.diehelden.at www.facebook.com/diehelden.at

Firmensitz: A-2353 Guntramsdorf, Hauptstraße 25

Firmenbuch: FN 117213y LG Wr. Neustadt

Merkur Versicherung Aktiengesellschaft

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 ÖLSZ Südost	Vorname
Beruf, Art der Beschäftigung	E-Mail	
IKZ A	Postleitzahl 2344	Wohnanschrift, Ort Maria Enzersdorf
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
Straße Lise Prokop-Platz		Haus-, Ort-Nummer 2

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? Wenn ja, Folgen des Unfalles:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat der Verletzte dafür Versicherungsleistungen erhalten? Wenn ja, entschädigt mit €			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versicherungsgesellschaft:		Datum: 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? 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? Wenn ja, Name und Anschrift des Rechtsanwalts:	
Wurde der Vorfall von einer Sicherheitsbehörde aufgenommen? Wenn ja, von welcher, wo und unter welcher Aktenzahl?	
Ist ein stationärer Krankenhausaufenthalt zur Behebung der Unfallfolgen geplant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankenhaus / Arzt:	Dauer: von bis
Besteht für den Unfallgegner eine	
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Haushaltsversicherung
<input type="checkbox"/> KFZ-Haftpflichtversicherung	
Versicherungsgesellschaft: Polizze-Nr.:	

