

Unfallmeldung

Landjugend Steiermark



GRAZER WECHSELSEITIGE
Versicherung Aktiengesellschaft

Generaldirektion: A-8010 Graz, Herrngasse 18-20
Tel.: 0316-8037-6499 Fax. 0316-8037-96499
claudia.ofner-machazek@grawe.at

Polize Nr.: **7,010.700**.....

Schadenummer:

Unfälle sind unverzüglich mit dem vollständig ausgefüllten Formular und etwaigen Beilagen an die **Landjugend Steiermark, Krottendorfer Straße 81, 8052 Graz, Mail: landjugend@lk-stmk.at, Fax: 0316 / 8050-7154** zu melden. Die Weiterleitung erfolgt dann durch die LJ Steiermark an die Grazer Wechselfeitige Versicherungs AG. Für eine rasche Schadensbearbeitung ist die vollständige und korrekte Beantwortung **aller** angeführten Fragen notwendig.

1. Name des Versicherungsnehmers:	Landjugend Steiermark
2. Name des Verletzten:	
3. Geburtsdaten des Verletzten:	
4. Wohnort des Verletzten: Ort, Straße, Haus-Nr., Telefon, Telefax	
5. E-Mail-Adresse des Versicherungsnehmers: E-Mail-Adresse des Verletzten:	landjugend@lk-stmk.at
6. Bankverbindung: BIC: IBAN: Konto lautend auf:	_____ _____
7. Beruf und allfällige Nebenbeschäftigungen des Verletzten:	
8. In welchem (Verwandtschafts-)Verhältnis steht der Verletzte zum Versicherungsnehmer?	Landjugendmitglied Bezirk/Ortsgruppe:
9. Datum und Uhrzeit des Unfalls: Im Rahmen welcher LJ Veranstaltung hat sich der Unfall ereignet?	
10. Genauer Unfallort:	
11. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?	
12. Geben Sie Name und Anschrift von etwaigen Zeugen bekannt:	
13. Wie war der Hergang des Unfalls? (Diese Frage ist ausführlich zu beantworten, damit man ein deutliches Bild vom Unfall erhält.)	_____ _____ _____ _____ _____

14. Welcher Art sind die Verletzungen?	
15. Geben Sie uns bitte Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses bekannt: (Krankenstandsbestätigung, Spitalsaufenthaltsbestätigung bzw. Ambulanzkarte bitte beilegen!)	_____ _____
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. Bei welchem Sozialversicherer ist der Versicherungsnehmer/Verletzte versichert?	
20. Besteht für den Versicherungsnehmer/Verletzten eine Kranken-, Lebens- oder weitere Unfallversicherung? (Wenn ja, geben Sie bitte die Versicherungsgesellschaft und die Polizzenummer bekannt.)	_____ _____

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? (Gesellschaft, Polizzenummer, Kennzeichen)	

Für die Abrechnung des **Taggeldes** wird benötigt: - bei Arbeitnehmern: Krankenstandsbestätigung des Sozialversicherers
- beim Selbstständigen und Bauern: eine vom Hausarzt ausgefüllter Schlussbericht
Für die Abrechnung des **Spitalsgeldes** wird eine Spitalsaufenthaltsbestätigung benötigt.
Bei **dauernder Invalidität** muss eine entsprechende ärztliche Bestätigung über unfallkausale Dauerfolgen - frühestens ein Jahr nach dem Unfall - vorgelegt werden.

Ich erkläre, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

..... Datum Unterschrift

Wir ersuchen Sie, auch die nachfolgenden **Vollmachten zu unterfertigen**. Dadurch kann Ihr Unfallakt 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 Unfalles vom:
Behandlungszeitraum:

Datum: Ort:

Unterschrift:
(des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)