



Genauere Bezeichnung der Verletzungen und Unfallfolgen

Wann und bei wem erfolgte erstmals ärztliche Hilfe?

Spitalsbehandlung

Stationär vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ ambulant vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des jetzt behandelnden Arztes

Bei welcher Krankenkasse ist der Verletzte (mit)versichert?

Bestehen weitere Versicherungen? (Bitte auch Polizzennummer angeben)

Gegen Unfall bei \_\_\_\_\_

Gegen Krankheit bei \_\_\_\_\_

Angaben über frühere Unfälle, Krankheiten und Gebrechen mit jetzigen Folgen

Bitte beachten Sie

Bei stationärer Behandlung und Bestehen einer Spitalgeldversicherung ist eine Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses mit Diagnoseangabe vorzulegen.

Alle Angaben sind vollständig, vorbehaltlos und wahrheitsgetreu zu machen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verletzten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

Krankenstandsdauer unterfertigt vom behandelnden Arzt:

## HELVETIA VERSICHERUNGEN ÖSTERREICH AG

Zuständige Schadenabteilung (angekreuzt):

- A-1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54  
 A-4041 Linz, Pillweinstraße 30  
 A-6850 Dornbirn, Bahnhofstraße 19  
 A-8041 Graz, Karl Huber-Gasse 27

Telefon 01-331 60-0  
Telefon 0732-700641  
Telefon 05572-28557  
Telefon 0316-475316

Telefax 01-331 60-200  
Telefax 0732-700641-6034  
Telefax 05572-28557-9030  
Telefax 0316-475316-4030

DVR: 0430277, HG Wien FN 91097 t, UID-NR.: ATU 15366208