

Unfall-Anzeige zur Kranken-Vollversicherung

KLF-013 08.19

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
KV-Leistung
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

1 Angaben zur verletzten Person * freiwillige Angaben

Herr Frau Divers Geburtsdatum

Zuname Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon* E-Mail*

2 Die verletzte Person ist:

Arbeitnehmer Selbstständig Beamter Sonstiges:

Ereignete sich der Unfall während einer beruflichen Tätigkeit oder auf dem Weg von bzw. zur Arbeit? ja nein

Schüler Kindergartenkind

Ereignete sich der Unfall während der Schul-/Kindergartenzeit oder auf dem Weg von bzw. zur Schule/zum Kindergarten?
(Hierunter fallen auch Klassenfahrten, Praktika, Schüleraustausch etc.) ja nein

3 Wann und wo ereignete sich der Unfall?

Datum Uhrzeit Ort

4 Welche Verletzungen sind eingetreten? Bitte schildern Sie ausführlich Hergang und Ursache des Unfalls (ggf. eine gesonderte Seite benutzen).

Art der Verletzung(en):

Unfallschilderung:

Unfall-Anzeige zur Kranken-Vollversicherung



KLF-013 08.19

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 Bitte kreuzen Sie an, um welche Art von Unfall es sich handelte:

- Freizeitunfall
 Arbeitsunfall
 Unfall auf dem Weg von bzw. zur Arbeit
 Schul- bzw. Kindergartenunfall
 Unfall auf dem Weg von bzw. zur Schule/zum Kindergarten
 Verkehrsunfall
 Unfall ohne Fremdeinwirkung
 Sonstiges (z. B. Verschleiß eines Gelenks): _____

Bestehen Ansprüche bei einer gesetzlichen Unfallversicherung? nein ja

Bitte Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung mitteilen _____

Wurde der Unfall dort gemeldet? nein ja, ggf. Aktenzeichen _____

6 Waren an dem Unfall andere Personen beteiligt?

- nein ja, bitte Name und Anschrift sowie deren Haftpflichtversicherung mit Versicherungsnummer mitteilen.

Person 1

Zuname _____ Vorname _____
 Straße _____ Hausnummer _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____
 Haftpflichtversicherung _____ Versicherungsnummer _____

Person 2

Zuname _____ Vorname _____
 Straße _____ Hausnummer _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____
 Haftpflichtversicherung _____ Versicherungsnummer _____

7 Wurde der Unfall polizeilich/staatsanwaltlich aufgenommen?

- nein ja, bitte Name und Anschrift sowie das Aktenzeichen der Polizeidienststelle/Staatsanwaltschaft mitteilen.

Dienststelle: _____ Aktenzeichen/Tagebuch-Nr.: _____

8 Wurde ein Anwalt eingeschaltet?

- nein ja, bitte Name und Anschrift mitteilen.

Zuname _____ Vorname _____
 Straße _____ Hausnummer _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____

9 Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten per E-Mail Telefon Mobil unter:

10 Wichtiger Hinweis


Wenn ein Dritter einen Unfall verursacht, stehen Ihnen unter Umständen Schadenersatzansprüche gegen diesen zu. Soweit wir Versicherungsleistungen erbringen, gehen diese Ansprüche auf uns über. Als Versicherungsnehmer sind Sie nach dem Gesetz verpflichtet, diese Ersatzansprüche zu wahren, um uns nicht die Möglichkeit eines Regresses gegen den Dritten zu nehmen.

Bitte beachten Sie, dass unsere Leistungspflicht ganz oder teilweise entfallen kann, wenn Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen. Verzichten Sie daher bitte nicht auf Ihnen zustehende Leistungen Dritter - beispielsweise durch das Unterschreiben einer Abfindungserklärung.

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort _____

Datum _____

 Unterschrift des Mitgliedes und der verletzten volljährigen Person _____