

Unfall-Anzeige zur Kranken-Vollversicherung

KLF-013 01.26

Versicherungsnummer

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

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

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

1 Angaben zur verletzten Person * freiwillige Angaben

☐ Herr* ☐ Frau* ☐ Divers* Titel z.B. Prof., RA z.B. Dr., Dr. med. Namensvors. z. B. von, van, del Geb.-Datum

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Festnetz privat* Mobil* 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 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 Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Anschrift der Berufsgenossenschaft/
Gemeindeunfallversicherung an:

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

Unfall-Anzeige zur Kranken-Vollversicherung



KLF-013 01.26

Versicherungsnummer

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

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

Art der Verletzung(en):

Unfallschilderung:

6 Waren an dem Unfall andere Personen beteiligt?

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

Person 1

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort		
Haftpflichtversicherung		Versicherungsnummer	

Person 2

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort		
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.

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort		

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

Unfall-Anzeige zur Kranken-Vollversicherung



KLF-013 01.26

Versicherungsnummer

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

10 Datenschutzhinweise/Informationen zu den Betroffenenrechten

Ihre (personenbezogenen) Daten verarbeiten wir insbesondere zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (z. B. zur Regressprüfung und Regressbearbeitung sowie bei der Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen). Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn ein Unfallbeteiligter bzw. Anspruchsgegner im Rahmen der Regressbearbeitung von uns zur Begründung des Anspruchs Schadennachweise verlangt und wir ihm diese übermitteln. An diese Empfänger können Daten wie z. B. Belege für entstandene Schäden und regulierte Leistungen (Behandlungsrechnungen, Reparaturrechnungen, Leistungsabrechnungen, Atteste, Arzt- und Krankenhausberichte) übermittelt werden. Diese Schadennachweise können auch Diagnosen sowie Belege für den bestehenden Versicherungsschutz beinhalten. Weitere Empfänger können der Dienstleister- und Empfängerliste entnommen werden, wobei nicht jeder dort genannten Empfänger im jeweiligen Einzelfall einschlägig ist.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Dienstleister- und Empfängerliste und die Ihnen nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zustehenden Rechte können Sie im Internet, in der jeweils aktuellen Fassung, unter www.universa.de/ds-info abrufen oder in Papierform bei uns anfordern.

Bitte informieren Sie etwaig andere von der Datenverarbeitung betroffene Personen (z. B. versicherte Personen, Beitragszahler/innen, etc.) entsprechend.

11 Wichtiger Hinweis

Wenn ein Dritter einen Unfall verursacht, stehen Ihnen unter Umständen Schadensersatzansprüche 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.

		X
Ort	Datum	Unterschrift des Mitgliedes und der verletzten volljährigen Person