



# Unfall-Anzeige zur Kranken-Zusatzversicherung

KLF-014 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

Namensvors.

z. B. von, van, del

Geb.-Datum

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Festnetz privat\*

Mobil\*

E-Mail\*

**2 Wann und wo ereignete sich der Unfall?**

Datum

Uhrzeit

Ort

**3 Bitte kreuzen Sie an, um welche Art von Unfall es sich handelt:**

- 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):

**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-Zusatzversicherung

KLF-014 01.26

Versicherungsnummer

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

## 5 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

## 6 Wurde der Unfall polizeilich/staatsanwaltlich aufgenommen?

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

Dienststelle:

Aktenzeichen/Tagebuch-Nr.:

## 7 Wurde ein Anwalt eingeschaltet?

nein  ja, bitte Name und Anschrift mitteilen.

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort

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

## 9 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 Abfindungsvereinbarung.

## 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](http://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.

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.



Ort

Datum

Unterschrift des Mitgliedes und der verletzten volljährigen Person