

# 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

<input type="checkbox"/> Herr*	<input type="checkbox"/> Frau*	<input type="checkbox"/> Divers*	Titel <input type="text"/>	<input type="text"/>	Namensvors. <input type="text"/>	Geb.-Datum <input type="text"/>
			<small>z.B. Prof., RA</small>	<small>z.B. Dr., Dr. med.</small>	<small>z. B. von, van, del</small>	
Name <input type="text"/>				Vorname <input type="text"/>		
Straße <input type="text"/>				Hausnummer <input type="text"/>		
Postleitzahl <input type="text"/>		Ort <input type="text"/>				
Festnetz privat* <input type="text"/>		Mobil* <input type="text"/>		E-Mail* <input type="text"/>		

## 2 Wann und wo ereignete sich der Unfall?

Datum <input type="text"/>	Uhrzeit <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>
----------------------------	------------------------------	--------------------------

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

<input type="checkbox"/> Freizeitunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Unfall auf dem Weg von bzw. zur Arbeit	<input type="checkbox"/> Schul- bzw. Kindergartenunfall
<input type="checkbox"/> Unfall auf dem Weg von bzw. zur Schule/zum Kindergarten	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Unfall <u>ohne</u> Fremdeinwirkung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Verschleiß eines Gelenks): <input type="text"/>			

## 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 Abfindungserklärung.

## 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
-----	-------	--