

R+V Allgemeine Versicherung AG
Raiffeisenplatz 1, D-65189 Wiesbaden

Unfallanzeige

| | |
|---|---|
| ▼ Bitte unbedingt ausfüllen ▼ Versicherungs-Nummer | ▼ Wird von R+V ausgefüllt ▼ Schaden-Nummer |
| 1. Versicherungsnehmer Telefon <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> Anschrift E-Mail <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> Bank IBAN <input style="width: 40%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> | |
| 2. Versicherte Person Geburtsdatum Telefon <input style="width: 45%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> Anschrift E-Mail <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> Derzeitiger Beruf selbständig Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> | |
| 3. Unfalldatum Uhrzeit Unfallort Berufsunfall <input type="checkbox"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> | |
| 4. Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe? Datum Uhrzeit Name und Anschrift des Arztes <input style="width: 30%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> | |
| 5. Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung im Krankenhaus Aufnahmetag Entlassungstag Name und Anschrift des Krankenhauses <input style="width: 30%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> | |
| 6. Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit? Vom Bis <input style="width: 30%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> | |
| 7. Wer ist jetzt der behandelnde Arzt? Name und Anschrift <input style="width: 90%;" type="text"/> | |
| 8. Wer ist der Hausarzt? Name und Anschrift <input style="width: 90%;" type="text"/> | |
| 9. Art der Unfallverletzungen? <input style="width: 90%;" type="text"/> | |
| 10. Bitte schildern Sie den Unfallhergang ausführlich: <input style="width: 90%; height: 100px;" type="text"/> | |
| 11. Wurde der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall oder dergleichen) verursacht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| 12. Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wurde eine Blutprobe entnommen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ergebnis? Ergebnis? <input style="width: 100px;" type="text"/> ‰₁₀₀ | |
| 13. Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| 14. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Anschrift Aktenzeichen <input style="width: 60%;" type="text"/> <input style="width: 30%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> | |
| 15. Bei Unfällen mit einem Kraftfahrzeug Name des Fahrzeuglenkers Kennzeichen des Fahrzeugs <input style="width: 60%;" type="text"/> <input style="width: 30%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

16. Bestehen oder bestanden bei der verletzten Person Krankheiten oder Beeinträchtigungen? Ja Nein
 Wenn ja, welche und seit wann?
17. Besteht bei der verletzten Person ein Pflegegrad? Ja Nein
 Wenn ja, welcher und seit wann?
18. Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle? Ja Nein
 Wenn ja, wann und welche Verletzung?
19. Bestehen noch weitere Unfallversicherungen? Ja Nein
 Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?
 Anschrift und Versicherungsnummer:
20. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an?
 Anschrift und Aktenzeichen:
 Wurde der Unfall dort gemeldet? Ja Nein
21. Wo ist die verletzte Person krankenversichert?
 Anschrift und Aktenzeichen:

Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieser Verhaltenspflichten (Obliegenheiten) hat für Sie die folgenden Konsequenzen:

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellungen des Versicherungsfalles, noch für die Feststellungen oder den Umfang unserer Leistungspflichten ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

Einfach fahrlässige Verletzungen einer Obliegenheit haben keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.

Um den Leistungsfall bearbeiten zu können, muss die R+V Allgemeine Versicherung AG mitgeteilte personenbezogene Daten in ihren Systemen speichern und verarbeiten. Hierin willige ich ein. Der Schutz und der sorgfältige Umgang mit personenbezogenen Daten ist der R+V Allgemeine Versicherung AG dabei besonders wichtig. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung für die Leistungsbearbeitung in der Unfallversicherung erläutert die Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei den Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe.

Sie finden es unter <http://www.ruv.de/datenschutz/merkblatt-unfallversicherung> oder können es bei der R+V Allgemeine Versicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden, anfordern.

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers /
gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherten /
gesetzlichen Vertreters

Ärztliches Attest - nur vom Arzt auszufüllen -

Name Vorname geb.

war wegen der Folgen des Unfalles vom

arbeitsunfähig vom

bis

in ambulanter Behandlung vom

bis

in stationärer Behandlung vom

bis

Diagnose

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes