Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken

R+V Allgemeine Versicherung AG
Raiffeisenplatz 1 · 65189 Wiesbaden
Telefon (06 11) 5 33 - 0
Telefax (06 11) 5 33 - 47 24

Unfallanzeige

▼ Bitte unbedingt ausfüllen ▼

Versicherungs-Nummer

▼ Wird von R+V ausgefüllt ▼

Schaden-Nummer

1. Versicherungsnehmer

tagsüber telefonisch erreichbar

Anschrift

Mobil-Telefon

Bank

IBAN

2. Verletzte Person

Geburtsdatum

tagsüber telefonisch erreichbar

Anschrift

Mobil-Telefon

derzeitiger Beruf

selbständig ja ☐ nein ☐

3. Unfalldatum

Uhrzeit

Unfallort

Berufsunfall ☐
Freizeitunfall ☐

4. Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe?

Datum

Uhrzeit

Name und Anschrift des Arztes

5. Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung im Krankenhaus?

Aufnahmetag

Entlassungstag

Name und Anschrift des Krankenhauses

6. Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit?

vom

bis

7. Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?

Name und Anschrift

8. Wer ist der Hausarzt?

Name und Anschrift

9. Art der Unfallverletzungen?

10. Bitte schildern Sie den Unfallhergang ausführlich!

11. Wurde der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall oder dergleichen) verursacht? ja ☐ nein ☐

12. Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken? ja ☐ nein ☐
Wurde eine Blutprobe entnommen? ja ☐ nein ☐

Ergebnis? ‰

Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja ☐ nein ☐

13. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Anschrift

Aktenzeichen

14. Bestehen oder bestanden bei der verletzten Person Krankheiten oder Beeinträchtigungen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche und seit wann?

Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wann und welche Verletzung?

01 058 60 2051 001 0 01.14

15. Bestehen noch weitere Unfallversicherungen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? Anschrift und Versicherungsnummer

16. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? Anschrift und Aktenzeichen

Wurde der Unfall dort gemeldet? ja ☐ nein ☐

17. Wo ist die verletzte Person krankenversichert? Anschrift und Aktenzeichen

18. **Die folgenden Punkte sind nur bei Verkehrsunfällen auszufüllen**

amtliches Kennzeichen _____ Fahrzeugart _____ Fahrgestell-Nr. _____

Name des Fahrzeuglenkers _____ Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? ja ☐ nein ☐

Führerschein-Klasse _____ ausstellende Behörde _____ Führerschein-Nr. _____

Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken? ja ☐ nein ☐

Wurde eine Blutprobe entnommen? ja ☐ nein ☐

Ergebnis? _____ ‰

Stand der Fahrzeuglenker unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja ☐ nein ☐

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.

Hiermit willige ich ein, dass die R+V Allgemeine Versicherung AG die von mir in dieser Unfallanzeige und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist.

Ihre Allgemeinen Daten führen die Versicherer der R+V Versicherungsgruppe in gemeinsamen Datensammlungen.

Ort und Datum	Unterschrift der verletzten Person (bei Kindern bis 15 Jahren – Unterschrift gesetzlicher Vertreter)	Unterschrift des Versicherungsnehmers

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