Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken

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
Anschrift | E-Mail
Bank | IBAN

2. Versicherte Person | Geburtsdatum | Telefon
Anschrift | E-Mail
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? Ergebnis? ‰

13. Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? Ja ☐ Nein ☐

14. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? | Anschrift | Aktenzeichen

15. Bei Unfällen mit einem Kraftfahrzeug | Name des Fahrzeuglenkers | Kennzeichen des Fahrzeugs
Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? Ja ☐ Nein ☐

01 058 60 2051 001 0 01.22

16. Bestehen oder bestanden bei der verletzten Person Krankheiten oder Beinträchtigungen? 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