



R+V Allgemeine Versicherung AG  
Taunusstraße 1 · 65193 Wiesbaden  
Telefon (06 11) 5 33-0  
Telefax (06 11) 5 33-47 24

# Unfallanzeige

Eingangsstempel

▼ Bitte unbedingt ausfüllen ▼

Versicherungs-Nummer

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

▼ Wird von R+V ausgefüllt ▼

Schaden-Nummer

- 1.** Versicherungsnehmer tagsüber telefonisch erreichbar

Anschrift

Bank  Konto-Nr.

Mobil-Telefon

Bankleitzahl
- 2.** Verletzte Person Geburtsdatum tagsüber telefonisch erreichbar

Anschrift

derzeitiger Beruf und Nebenbeschäftigungen

Mobil-Telefon

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?

15. Bestanden oder 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  Listen-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.**

Ort und Datum

Unterschrift der verletzten Person  
oder des gesetzlichen Vertreters

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