

Unfallanzeige

▼ Bitte unbedingt ausfüllen ▼ Versicherungs-Nummer <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	▼ Wird von R+V ausgefüllt ▼ Schaden-Nummer <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
1. Versicherungsnehmer tagsüber telefonisch erreichbar <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Anschrift <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Mobil-Telefon <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Bank <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> IBAN <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
2. Verletzte Person Geburtsdatum <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> tagsüber telefonisch erreichbar <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Anschrift <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Mobil-Telefon <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> derzeitiger Beruf <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> selbständig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
3. Unfalldatum <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Uhrzeit <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Unfallort <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Berufsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/>	
4. Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe? Datum <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Uhrzeit <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Name und Anschrift des Arztes <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
5. Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung im Krankenhaus? Aufnahme-tag <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Entlassungstag <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Name und Anschrift des Krankenhauses <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
6. Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit? vom <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> bis <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
7. Wer ist jetzt der behandelnde Arzt? Name und Anschrift <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
8. Wer ist der Hausarzt? Name und Anschrift <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
9. Art der Unfallverletzungen? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
10. Bitte schildern Sie den Unfallhergang ausführlich! <input style="width: 100%; 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? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> % Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
13. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Anschrift <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Aktenzeichen <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
14. Bestehen oder bestanden bei der verletzten Person Krankheiten oder Beeinträchtigungen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche und seit wann? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann und welche Verletzung? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

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.

Um den Leistungsfall bearbeiten zu können, müssen wir die uns mitgeteilten personenbezogenen Daten in unseren Systemen speichern. Der Schutz und der sorgfältige Umgang mit personenbezogenen Daten ist uns 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 https://www.ruv.de/static-files/ruvde/downloads/datenschutz/datenschutzmerkblatt_unfallversicherung_de.pdf oder können es bei der R+V Allgemeine Versicherung AG, Abteilung Unfall-Schaden, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden anfordern.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort und Datum	Unterschrift der verletzten Person <small>(bei Kindern bis 15 Jahren – Unterschrift gesetzlicher Vertreter)</small>	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