

R+V Allgemeine Versicherung AG  
Niedersachsenring 13 · 30163 Hannover  
Telefon (05 11) 67 08-87 70  
Telefax (05 11) 67 08-77 498

# Unfallanzeige

▼ Bitte unbedingt ausfüllen ▼

Versicherungs-Nummer

4 0 5 / 1 1 / 5 4 2 7 0 4 7 0 5

▼ Wird von R+V ausgefüllt ▼

Schaden-Nummer

1. Versicherungsnehmer  
  
 Anschrift
2. Mitglieds-Nr.   
 Verletzte Person   
 Anschrift   
 Bank   
 Geburtsdatum   
 Bankleitzahl   
 Telefon tagsüber   
 Mobil-Telefon   
 Konto-Nr.
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?  
 Aufnahme-tag   
 Entlassung-tag   
 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. 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.

Ort und Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des 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