Basler Versicherungen

Ihr Ansprechpartner:
KVD Kleingarten-Versicherungsdienst GmbH
Kaiser-Wilhelm-Ring 12 · 50672 Köln
Telefon (02 21) 9 13 812-0
www.kvd-versicherungen.de

Unfallschaden-Nr.

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon (tagsüber) Email

Vermerke des Vereinsbeauftragten

Identität geprüft: ☐ ja

Beitrag bezahlt? ☐ nein ☐ ja am _____ _____ EUR

Haben Sie zum Schaden etwas zu bemerken? ☐ nein ☐ ja, was?

Ort und Datum

Unterschrift des Vereinsbeauftragten

Stempel des Landesverbandes

Unfall-Schadenanzeige für Kleingärtner

Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und im Wortlaut, sofern nichts anzukreuzen ist. Sie ersparen uns damit Rückfragen und beschleunigen die Bearbeitung des Schadenfalles. Eine grob fahrlässige oder vorsätzlich falsche Beantwortung nachfolgender Fragen kann zu Leistungsfreiheit führen.

FUNF1002

Versicherungsschein-Nr. Verein Landesverband

Verletzte Person (sofern nicht Versicherungsnehmer s.o.)

1. Nachname Vorname Geburtstag, Geburtsort

Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort

1.1 Verwandtschaftsverhältnis zum VN, welches .....

1.2 Name und Anschrift der Krankenkasse .....

1.3 Versicherungsscheinnummer der Krankenkasse .....

2. Nur bei Kindern:

2.1 Lebt es im Haushalt des Hauptversicherten? ..... ☐ nein ☐ ja

Angaben zum Schadenereignis

Datum Uhrzeit

3. Wann ereignete sich der Unfall? .....

Wo ereignete sich der Unfall? .....

3.1 Welche Tätigkeit wurde zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübt? ....

3.2 Wie hat sich der Unfall ereignet? (Schildern Sie den Hergang ausführlich; ggf. gesondertes Blatt beifügen)

3.3 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? ..... ☐ nein ☐ ja, Dienststelle

3.4 Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente und/oder Drogen zu sich genommen? ..... ☐ nein ☐ ja, folgende Menge

3.5 Wurde eine Blutprobe entnommen? ..... ☐ nein ☐ ja, mit welchem Ergebnis _____ ‰

Angaben über die Verletzungen (Frage 4. bis 4.3 sind vom behandelnden Arzt auszufüllen)

4. Beginn der ärztlichen Behandlung .....

4.1 Dauer der unfallbedingten über 25% liegenden Arbeitsunfähigkeit (vom – bis)

(auch bei Rentnern und Hausfrauen) .....

21 07.09 / 01.2009

4.2 Folgen der Unfallverletzung (Diagnose) .....

4.3 Name und Anschrift der Ärzte
bei stationärer Behandlung auch Name des Krankenhauses) .....

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

5. Leidet oder litt die versicherte Person unabhängig von dem jetztigen Ergebnis an einer erheblichen, d.h. eine regelmäßige Behandlung erfordernde, zu mehr als 14 tägiger Arbeitsunfähigkeit oder zu einer stationären Behandlung führenden Krankheit; an Gebrechen oder den Folgen früherer Unfälle (ggf. gesondertes Blatt beifügen)? ☐ nein wenn ja, folgende

Art der Krankheit

Art des Gebrechens

Art der Unfallfolgen

Welche Ärzte behandelten die genannten Erkrankungen/Gebrechen/Unfallfolgen?

Name

Anschrift

6. Bestehen noch andere Unfallversicherungen? ..... ☐ nein ☐ ja, folgende

Name der Gesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

7. Welche Personen sind Zeugen des Unfalles gewesen? .....

Name

Anschrift

8. Sind andere Personen schuldhaft am Unfall beteiligt? .....

Name

Anschrift

9. **Bei Unfällen außerhalb der Gartenanlage:**
War die verletzte Person auf dem direkten Wege von der Wohnung oder Arbeitsstätte zum Garten oder umgekehrt: ..... ☐ ja ☐ nein
(Lagebezeichnung des Gartens und Wegebeschreibung erforderlich; gesondertes Blatt einfügen).

Bankverbindungen

Bank/PGiroA

BLZ

Kto.Nr.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten
Auf Grund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Schweigepflichtsentbindung
Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder eines Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehungen von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzliche Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Basler Securitas Versicherungs-AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Erklärung
Es wird hiermit bestätigt, daß Ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Für die Richtigkeit übernehme Ich die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person dieses Formular ausgefüllt hat. Ich bin einverstanden, dass die Basler Securitas Versicherungs-AG zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts die amtlichen Ermittlungsakten, die den Schadenfall betreffen, einsehen können.

Wichtiger Hinweis: Sollte auf Grund des Unfalls mit Dauerfolgen zu rechnen sein, machen wir vorsorglich auf die Bestimmungen der Versicherungsbedingungen aufmerksam, wonach ein Anspruch auf Invaliditätsleistung spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Ablauf eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, ärztlich festgestellt und gesondert geltend gemacht sein muss. Zur Begründung ist ein ärztliches Zeugnis einzureichen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers