

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

Email

Telefon (tagsüber) Mobil
 _____ _____

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

Bei unvollständig oder unleserlich ausgefüllter bzw. nicht eigenhändig unterschriebener Schadenanzeige erfolgt keine Bearbeitung.

Verein _____ Landesverband _____

Verletzte Person, sofern nicht Hauptversicherter (HV) s. o.

1. Nachname _____	Vorname _____	Geburtstag, Geburtsort _____
Straße, Haus-Nr. _____	PLZ, Wohnort _____	
1.1 Verwandtschaftsverhältnis zum HV, welches	_____ häusliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1.2 Name und Anschrift der Krankenkasse	_____	

Angaben zum Schadenereignis

2. Wann ereignete sich der Unfall? Wo ereignete sich der Unfall? _____	Datum _____	Uhrzeit _____
2.1 Welche Tätigkeit wurde zum Zeitpunkt des Unfalls ausgeübt?	_____	
2.2 Wie hat sich der Unfall ereignet? (Schildern Sie den Hergang ausführlich; ggf. gesondertes Blatt beifügen)	_____ _____	
2.3 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle _____	
2.4 Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente und/oder Drogen zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Menge _____	
2.5 Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit welchem Ergebnis _____ ‰	

Angaben über die Verletzungen (Fragen 3. bis 3.3 sind vom behandelnden Arzt auszufüllen)

3. Beginn der ärztlichen Behandlung

3.1 Dauer der unfallbedingten über 25% liegenden Arbeitsunfähigkeit (vom – bis)
 (auch bei Rentnern und Hausfrauen)

3.2 Folgen der Unfallverletzung (Diagnose)

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

Ort, Datum _____ Unterschrift des Arztes _____



4. Leidet oder litt die verletzte Person unabhängig von dem jetzigen Ereignis 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 ja, folgende:

Art der Krankheit _____ Art des Gebrechens _____ Art der Unfallfolgen _____

Welche Ärzte behandelten die genannten Erkrankungen/Gebrechen/Unfallfolgen?

Name _____ Anschrift _____

5. Bestehen noch andere Unfallversicherungen? nein ja, folgende:

Name der Gesellschaft _____ Versicherungsschein-Nr. _____

6. Welche Personen sind Zeugen des Unfalles gewesen?

Name _____ Anschrift _____

7. Sind andere Personen schuldhaft am Unfall beteiligt?

Name _____ Anschrift _____

8. 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).

Bankverbindung / Empfänger:

IBAN DE _____ (BLZ) _____ (Kontonummer) _____ BIC _____

Kreditinstitut _____

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 Einbeziehung 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 Versicherungen 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 Versicherungen 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 Hauptversicherten/Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person sofern nicht Hauptversicherter