

Unfall-Anzeige zur Kranken-Zusatzversicherung

KLF-014 08.19

Versicherungsnummer

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

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
KV-Leistung
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

1 Angaben zur verletzten Person * freiwillige Angaben

Herr Frau Divers Geburtsdatum

Zuname Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon* E-Mail*

2 Bitte kreuzen Sie an, um welche Art von Unfall es sich handelte:

Freizeitunfall Arbeitsunfall Unfall auf dem Weg von bzw. zur Arbeit Schul- bzw. Kindergartenunfall
 Unfall auf dem Weg von bzw. zur Schule/zum Kindergarten Verkehrsunfall Unfall ohne Fremdeinwirkung
 Sonstiges (z. B. Verschleiß eines Gelenks):

3 Wann und wo ereignete sich der Unfall?

Datum Uhrzeit Ort

4 Welche Verletzungen sind eingetreten? Bitte schildern Sie ausführlich Hergang und Ursache des Unfalls (ggf. eine gesonderte Seite benutzen).

Art der Verletzung(en):

Unfallschilderung:

Unfall-Anzeige zur Kranken-Zusatzversicherung

KLF-014 08.19

Versicherungsnummer

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

5 Waren an dem Unfall andere Personen beteiligt?

nein ja, bitte Name und Anschrift sowie deren Haftpflichtversicherung mit Versicherungsnummer mitteilen.

Person 1

Zuname		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort		
Haftpflichtversicherung		Versicherungsnummer	

Person 2

Zuname		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort		
Haftpflichtversicherung		Versicherungsnummer	

6 Wurde der Unfall polizeilich/staatsanwaltlich aufgenommen?

nein ja, bitte Name und Anschrift sowie das Aktenzeichen der Polizeidienststelle/Staatsanwaltschaft mitteilen.

Dienststelle: Aktenzeichen/Tagebuch-Nr.:

7 Wurde ein Anwalt eingeschaltet?

nein ja, bitte Name und Anschrift mitteilen.

Zuname		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort		

8 Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten per E-Mail Telefon Mobil unter:

9 Wichtiger Hinweis

Wenn ein Dritter einen Unfall verursacht, stehen Ihnen unter Umständen Schadenersatzansprüche gegen diesen zu. Soweit wir Versicherungsleistungen erbringen, gehen diese Ansprüche auf uns über. Als Versicherungsnehmer sind Sie nach dem Gesetz verpflichtet, diese Ersatzansprüche zu wahren, um uns nicht die Möglichkeit eines Regresses gegen den Dritten zu nehmen.

Bitte beachten Sie, dass unsere Leistungspflicht ganz oder teilweise entfallen kann, wenn Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen. Verzichten Sie daher bitte nicht auf Ihnen zustehende Leistungen Dritter - beispielsweise durch das Unterschreiben einer Abfindungserklärung.

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Mitgliedes und der verletzten volljährigen Person