

Unfall-Schadenanzeige für Kleingärtner

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

Die Schadenanzeige ist vollständig ausgefüllt über Verein und Verband einzureichen. Bei unvollständig oder unleserlich ausgefüllter oder nicht unterschriebener Schadenanzeige erfolgt keine Bearbeitung.

vom Verein auszufüllen:

Vereinsmitglied oder mitversicherte Person? ja nein

Versicherung bezahlt? ja nein am _____

Unterschrift des Vereinsbeauftragten: X

Stempel des Landesverbandes

Landesverband: _____	Verein: _____
Name/Vorname: _____	Straße/Haus-Nr.: _____
LZ/Wohnort: _____	Handynummer: _____
Telefon (tagsüber): _____	Email: _____

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

	Datum _____	Uhrzeit _____
2. Wann ereignete sich der Unfall? _____	_____	_____
Wo ereignete sich der Unfall? _____	_____	_____
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 Haben Sie zum Schaden etwas zu bemerken? _____	<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

X

4. Leidet oder litt die verletzte Person unabhängig von dem jetztigen 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).

9. Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung.

Wichtige Hinweise!

Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen.

Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

10. Die Entschädigung soll überwiesen werden an Empfänger:

Nachname

Vorname

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)

X

Unterschrift der verletzten Person (wenn nicht VN)

X

11. Schweigepflichtsentbindung

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche kann es erforderlich sein, dass wir medizinische Unterlagen (Berichte, Befunde, Gutachten, etc.) heranziehen müssen. Hierfür benötigen wir Ihre Zustimmung. Bitte wählen Sie eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Sie haben das Recht Ihre Zustimmung zu verweigern. Das kann allerdings dazu führen, dass wir Ihren Leistungsfall nicht prüfen können.

Ich willige ein, dass die Baloise Versicherungen – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen an die Baloise Versicherungen übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Baloise Versicherungen an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Baloise Versicherungen tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Ich wünsche, dass mich die Baloise Versicherungen in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Baloise Versicherungen einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Baloise Versicherungen einwillige oder

die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.
Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Sie können jederzeit Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie bei dem im Anschreiben angegebenen Schadensachbearbeiter geltend machen.

Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift des Hauptversicherten/Erziehungsberechtigten

X

Unterschrift der verletzten Person sofern nicht Hauptversicherter

X