Basler Versicherungen

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

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.

FUNF1002

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

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

2.5 Wurde eine Blutprobe entnommen? ☐ nein ☐ 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

BAU 8040 10.13

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).

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 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 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