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 Vermerke des Vereinsbeauftragten Straße, Haus-Nr. Identität geprüft: 🗌 ja Beitrag bezahlt? nein ja am PLZ, Wohnort Haben Sie zum Schaden nein ☐ ja, was? etwas zu bemerken? Email Telefon (tagsüber) Mobil 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. Vorname Geburtstag, Geburtsort Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort häusliche Gemeinschaft 🔲 ja 🔲 nein 1.1 Verwandtschaftsverhältnis zum HV, welches 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) nein ja, Dienststelle 2.3 Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? 2.4 Hat der Verletzte in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall nein ja, folgende Menge Alkohol, Medikamente und/oder Drogen zu sich genommen? nein ja, mit welchem Ergebnis 2.5 Wurde eine Blutprobe entnommen? 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

Ort, Datum



bei stationärer Behandlung auch Name des Krankenhauses)

Unterschrift des Arztes

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 Erkran	kungen/Gebrechen/Unfallfolgen?		
	Name Anschrift			
5.	Bestehen noch andere Unfallversicherungen?			
	Name der Gesellschaft	Versicherungsschein-Nr.		
6.	Welche Personen sind Zeugen des Unfalles gewe	the Personen sind Zeugen des Unfalles gewesen?		
	Name	Anschrift		
7.	Sind andere Personen schuldhaft am Unfall beteiligt?			
	ame Anschrift			
IBAI Kred	ditinstitut (BLZ)	BIC   BIC   Contonummer)	nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns	
Schriztr dem Bed gene Wide Erkli Es w	uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspelich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können eb weigepflichtsentbindung Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderl aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnunge es ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehun Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Zum ienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankebssenschaften und Behörden, die in den vorgeleg Basler Versicherungen wird mich vor einer Erhebersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der ärung	iflicht insoweit ermöglichen, als Sie uenfalls verlangen, dass Sie uns Belege ich sein, dass wir die Angaben prüfin, Verordnungen, Gutachten) oder Ningen von Gesundheitsdaten erfolgt Zweck der Prüfung der Leistungspflichtnanstalten, Pflegeheimen, Personeten Unterlagen genannt sind oder die ung nach den vorstehenden Absätzteistungspflicht gilt auch über meine Ingaben wahrheitsgemäß und nach b	en unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung en Tod hinaus.	
Vers	icherungen zur weiteren Aufklärung des Sachverh ntiger Hinweis: Sollte auf Grund des Unfalls mit bedingungen aufmerksam, wona	alts die amtlichen Ermittlungsakten, Dauerfolgen zu rechnen sein, mach ih ein Anspruch auf Invaliditätsleisi an gerechnet, ärztlich festgestellt u	mular ausgefüllt hat. Ich bin einverstanden, dass die Basler die den Schadenfall betreffen, einsehen können. en wir vorsorglich auf die Bestimmungen der Versicherungsung spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach nd gesondert geltend gemacht sein muss. Zur Begründung ist	
Ort,	Datum	Unterschrift des	Hauptversicherten/Erziehungsberechtigten	
Ort,	Datum	Unterschrift der	verletzten Person sofern nicht Hauptversicherter	