

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

Name, Vorname _____
 Straße, Haus-Nr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Email _____
 Telefon (tagsüber) _____ Mobil _____

Unfallschaden-Nr. _____

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 ja nein
 1.2 Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Angaben zum Schadenereignis

2. Wann ereignete sich der Unfall? _____ Datum _____ Uhrzeit _____
 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 _____



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).

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:

IBAN DE _____ BIC _____
(BLZ) (Kontonummer)

Kreditinstitut _____

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)

Unterschrift der verletzten Person (wenn nicht VN)

11. Schweigepflichts-entbindung

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 Basler 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 Basler Versicherungen übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Basler Versicherungen an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Basler 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 Basler 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 Basler Versicherungen einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Basler 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Hauptversicherten/Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person sofern nicht Hauptversicherter

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 innerhalb von 15 Monaten (AUB 1995) bzw. 18 Monaten (AUB 2012) nach dem Unfall ärztlich festgestellt und gesondert geltend gemacht werden muss. Zur Begründung ist ein ärztliches Zeugnis einzureichen.