

15. Bestehen noch weitere Unfallversicherungen? ja nein
 Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? Anschrift und Versicherungsnummer

16. Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? Anschrift und Aktenzeichen
 Wurde der Unfall dort gemeldet? ja nein

17. Wo ist die verletzte Person krankenversichert? Anschrift und Aktenzeichen

18. **Die folgenden Punkte sind nur bei Verkehrsunfällen auszufüllen**

amtliches Kennzeichen Fahrzeugart Fahrgestell-Nr.

Name des Fahrzeuglenkers Hatte dieser zum Unfallzeitpunkt den erforderlichen Führerschein? ja nein

Führerschein-Klasse ausstellende Behörde Führerschein-Nr.

Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken? ja nein
 Wurde eine Blutprobe entnommen? ja nein
 Ergebnis? ‰

Stand der Fahrzeuglenker unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja nein

Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieser Verhaltenspflichten (Obliegenheiten) hat für Sie die folgenden Konsequenzen:

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellungen des Versicherungsfalles, noch für die Feststellungen oder den Umfang unserer Leistungspflichten ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

Einfach fahrlässige Verletzungen einer Obliegenheit haben keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.

Hiermit willige ich ein, dass die R+V Allgemeine Versicherung AG die von mir in dieser Unfallanzeige und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist.

Ihre Allgemeinen Daten führen die Versicherer der R+V Versicherungsgruppe in gemeinsamen Datensammlungen.

Ort und Datum

Unterschrift der verletzten Person
(bei Kindern bis 15 Jahren – Unterschrift gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ärztliches Attest – nur vom Arzt auszufüllen –

Name _____ Vorname _____ geb. _____

war **wegen der Folgen des Unfalles** vom _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____

in **ambulanter** Behandlung vom _____ bis _____

in **stationärer** Behandlung vom _____ bis _____

Diagnose: _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes