



R+V Allgemeine Versicherung AG  
Raiffeisenplatz 1 · 65189 Wiesbaden  
Telefon (06 11) 5 33-0  
Telefax (06 11) 5 33-47 24

# Unfallanzeige

<b>▼ Bitte unbedingt ausfüllen ▼</b>	<b>▼ Wird von R+V ausgefüllt ▼</b>																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Versicherungs-Nummer</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Versicherungs-Nummer	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Schaden-Nummer</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Schaden-Nummer	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
Versicherungs-Nummer																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																														
Schaden-Nummer																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																														
<p><b>1. Versicherungsnehmer</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border: 1px solid black; height: 25px;"></td> <td style="width: 40%; border: 1px solid black; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;">Anschrift</td> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;">Mobil-Telefon</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;">Bank</td> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;">IBAN</td> </tr> </table>				Anschrift	Mobil-Telefon	Bank	IBAN																																							
Anschrift	Mobil-Telefon																																													
Bank	IBAN																																													
<p><b>2. Verletzte Person</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border: 1px solid black; height: 25px;"></td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; height: 25px;"></td> <td style="width: 40%; border: 1px solid black; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;">Anschrift</td> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;">Mobil-Telefon</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;">derzeitiger Beruf</td> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">selbständig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>					Anschrift		Mobil-Telefon	derzeitiger Beruf																																						
Anschrift		Mobil-Telefon																																												
derzeitiger Beruf																																														
<p><b>3. Unfalldatum</b> <input style="width: 150px;" type="text"/> <b>Uhrzeit</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Unfallort</b> <input style="width: 200px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Berufsunfall</b> <input type="checkbox"/> <b>Freizeitunfall</b> <input type="checkbox"/></p>																																														
<p><b>4. Wann und durch wen erfolgte erste ärztliche Hilfe?</b> <b>Datum</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Uhrzeit</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Name und Anschrift des Arztes</b> <input style="width: 300px;" type="text"/></p>																																														
<p><b>5. Dauer der unfallbedingten stationären Behandlung im Krankenhaus?</b> <b>Aufnahmetag</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Entlassungstag</b> <input style="width: 100px;" type="text"/> <b>Name und Anschrift des Krankenhauses</b> <input style="width: 300px;" type="text"/></p>																																														
<p><b>6. Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit?</b> vom <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/></p>																																														
<p><b>7. Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?</b> <b>Name und Anschrift</b> <input style="width: 600px;" type="text"/></p>																																														
<p><b>8. Wer ist der Hausarzt?</b> <b>Name und Anschrift</b> <input style="width: 600px;" type="text"/></p>																																														
<p><b>9. Art der Unfallverletzungen?</b> <input style="width: 600px;" type="text"/></p>																																														
<p><b>10. Bitte schildern Sie den Unfallhergang ausführlich!</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>																																														
<p><b>11. Wurde der Unfall durch eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall, Krampfanfall oder dergleichen) verursacht?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>																																														
<p><b>12. Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol getrunken?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  <b>Wurde eine Blutprobe entnommen?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  <b>Stand die verletzte Person unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Ergebnis? <input style="width: 100px;" type="text"/> ‰</p>																																														
<p><b>13. Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?</b> <b>Anschrift</b> <input style="width: 300px;" type="text"/> <b>Aktenzeichen</b> <input style="width: 200px;" type="text"/></p>																																														
<p><b>14. Bestehen oder bestanden bei der verletzten Person Krankheiten oder Beeinträchtigungen?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  <b>Wenn ja, welche und seit wann?</b> <input style="width: 600px;" type="text"/>  <input style="width: 600px;" type="text"/></p> <p><b>Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  <b>Wenn ja, wann und welche Verletzung?</b> <input style="width: 600px;" type="text"/></p>																																														

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Ort und Datum</small>	<small>Unterschrift der verletzten Person (bei Kindern bis 15 Jahren – Unterschrift gesetzlicher Vertreter)</small>	<small>Unterschrift des Versicherungsnehmers</small>

## 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