

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 \_\_\_\_\_



