

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 \_\_\_\_\_



