

uniVersa - 90333 Nürnberg

Herrn
Bernhard Kühlen
Müllekovener Str. 9
53844 Troisdorf

Ihre Fragen beantwortet gerne:

Abteilung KV-Leistung
Telefon: +49 911 5307-3600
Telefax: +49 911 5307-4607
kv-leistung-SG7@universa.de

Sie erreichen uns:

Montag bis Freitag von 8 bis 19 Uhr

Nürnberg, 16. Januar 2020

Ihre Krankenversicherung 03742012
Krankenhausaufenthalt Sina Marie Kühlen

Sehr geehrter Herr Kühlen,

damit Ihnen für die stationäre Behandlung keine Vorauszahlungen entstehen, haben wir heute dem Krankenhaus die Übernahme der Unterbringungskosten bestätigt.

Eine Kopie unserer Erklärung erhalten Sie für Ihre Unterlagen.

Das Krankenhaus rechnet die auf der Kostenzusage genannten Leistungen direkt mit uns ab. Wir werden Sie darüber informieren, sobald uns eine entsprechende Rechnung zugeht.

Die Kosten für die privatärztliche Behandlung werden Ihnen die Ärzte direkt berechnen. Bitte senden Sie uns die Rechnungen zu. Wir werden diese dann umgehend bearbeiten.

Sie können mit der Zahlung warten, bis Sie unsere Leistungsabrechnung erhalten - eine Vorabbezahlung durch Sie ist nicht erforderlich.

Die vereinbarte Selbstbeteiligung im Tarif uni-VE werden wir mit anderen Belegen verrechnen oder von Ihnen zurückfordern, sofern eine Verrechnung nicht möglich sein sollte.

Hierüber werden wir Sie jedoch mit einem gesonderten Schreiben informieren.

Seite 2 zum Schreiben vom 16. Januar 2020

Krankenversicherung: 03742012, Versicherungsnehmer Bernhard Kuhlen

Da die Angaben der Klinikverwaltung zur Aufnahmediagnose auf einen Unfall schließen lassen, bitten wir Sie, die beiliegende "Unfall-Anzeige" vollständig auszufüllen und an uns zurück zu senden.

Freundliche Grüße

uniVersa

Krankenversicherung a.G.

i. A. Heidi Krönert

Unfall-Anzeige zur Kranken-Vollversicherung

KLF-013 08.19

Versicherungsnummer
03742012

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
KV-Leistung
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:
Zuname Kühlen
Vorname Bernhard

1 Angaben zur verletzten Person * freiwillige Angaben

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Geburtsdatum	<u>11.11.2014</u>	
<u>Kühlen</u>		<u>Sina Marie</u>	
Zuname		Vorname	
<u></u>		<u></u>	
Straße		Hausnummer	
<u></u>		<u></u>	
Postleitzahl	Wohnort		
<u></u>	<u></u>		
Telefon*	E-Mail*		
<u></u>	<u></u>		

2 Die verletzte Person ist:

☐ Arbeitnehmer ☐ Selbstständig ☐ Beamter ☐ Sonstiges:

Ereignete sich der Unfall während einer beruflichen Tätigkeit oder auf dem Weg von bzw. zur Arbeit? ☐ ja ☐ nein

☐ Schüler ☐ Kindergartenkind

Ereignete sich der Unfall während der Schul-/Kindergartenzeit oder auf dem Weg von bzw. zur Schule/zum Kindergarten?
(Hierunter fallen auch Klassenfahrten, Praktika, Schüleraustausch etc.) ☐ ja ☐ nein

3 Wann und wo ereignete sich der Unfall?

<u></u>	<u></u>	<u></u>
Datum	Uhrzeit	Ort

4 Welche Verletzungen sind eingetreten? Bitte schildern Sie ausführlich Hergang und Ursache des Unfalls (ggf. eine gesonderte Seite benutzen).

Art der Verletzung(en):

Unfallschilderung:

Unfall-Anzeige zur Kranken-Vollversicherung

KLF-013 08.19

Versicherungsnummer
03742012

5 Bitte kreuzen Sie an, um welche Art von Unfall es sich handelte:

- ☐ Freizeitunfall ☐ Arbeitsunfall ☐ Unfall auf dem Weg von bzw. zur Arbeit ☐ Schul- bzw. Kindergartenunfall
☐ Unfall auf dem Weg von bzw. zur Schule/zum Kindergarten ☐ Verkehrsunfall ☐ Unfall ohne Fremdeinwirkung
☐ Sonstiges (z. B. Verschleiß eines Gelenks): _____

Bestehen Ansprüche bei einer gesetzlichen Unfallversicherung? ☐ nein ☐ ja

Bitte Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung mitteilen _____

Wurde der Unfall dort gemeldet? ☐ nein ☐ ja, ggf. Aktenzeichen _____

6 Waren an dem Unfall andere Personen beteiligt?

- ☐ nein ☐ ja, bitte Name und Anschrift sowie deren Haftpflichtversicherung mit Versicherungsnummer mitteilen.

Person 1

 Zuname Vorname

 Straße Hausnummer

 Postleitzahl Wohnort

 Haftpflichtversicherung Versicherungsnummer

Person 2

 Zuname Vorname

 Straße Hausnummer

 Postleitzahl Wohnort

 Haftpflichtversicherung Versicherungsnummer

7 Wurde der Unfall polizeilich/staatsanwaltlich aufgenommen?

- ☐ nein ☐ ja, bitte Name und Anschrift sowie das Aktenzeichen der Polizeidienststelle/Staatsanwaltschaft mitteilen.

Dienststelle: _____

Aktenzeichen/Tagebuch-Nr.: _____

8 Wurde ein Anwalt eingeschaltet?

- ☐ nein ☐ ja, bitte Name und Anschrift mitteilen.

 Zuname Vorname

 Straße Hausnummer

 Postleitzahl Wohnort

9 Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten per ☐ E-Mail ☐ Telefon ☐ Mobil unter:

10 Wichtiger Hinweis

Wenn ein Dritter einen Unfall verursacht, stehen Ihnen unter Umständen Schadenersatzansprüche gegen diesen zu. Soweit wir Versicherungsleistungen erbringen, gehen diese Ansprüche auf uns über. Als Versicherungsnehmer sind Sie nach dem Gesetz verpflichtet, diese Ersatzansprüche zu wahren, um uns nicht die Möglichkeit eines Regresses gegen den Dritten zu nehmen.

Bitte beachten Sie, dass unsere Leistungspflicht ganz oder teilweise entfallen kann, wenn Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen. Verzichten Sie daher bitte nicht auf Ihnen zustehende Leistungen Dritter - beispielsweise durch das Unterschreiben einer Abfindungserklärung.

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

 Ort Datum Unterschrift des Mitgliedes und der verletzten volljährigen Person

uniVersa - 90333 Nürnberg

Asklepios Kinderklinik Sankt Augustin GmbH
- Patientenverwaltung -
Arnold-Janssen-Str. 29
53757 Sankt Augustin

Ihre Fragen beantwortet gerne:

Abteilung KV-Leistung
Telefon: +49 911 5307-3600
Telefax: +49 911 5307-4607
kv-leistung-SG7@universa.de

Sie erreichen uns:

Montag bis Freitag von 8 bis 19 Uhr

Nürnberg, 16. Januar 2020

Erstattungszusage

Krankenversicherung 03742012
Versicherungsnehmer Bernhard Kuhlen
Ihre Patientin Sina Marie Kuhlen, geb. 11.11.2014
Aufnahmedatum 12.01.2020 Aufnahmeummer 1330440

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die medizinisch notwendige stationäre Behandlung geben wir Ihnen im Rahmen des Versicherungsvertrages folgende Erstattungszusage:

- 100 % für allgemeine Krankenhausleistungen (inklusive vor- und nachstationäre Behandlung)
- 100 % für Unterkunft im Einbettzimmer
- 100 % für Unterkunft im Zweibettzimmer

Freundliche Grüße

uniVersa
Krankenversicherung a.G.

i. A. Heidi Krönert