



Versicherungsverein a. G.

Gegründet 1845

LehrerBrandkasse Niedersachsen

Groß-Buchholzer Kirchweg 49 · 30665 Hannover · Telefon (05 11) 54 01 96/97
Postfach 51 04 25 · 30634 Hannover · Telefax (05 11) 5 41 58 12

Schaden-Nummer: _____

Forderung _____ DM/EUR

Bewilligt _____ DM/EUR

Datum _____ Namensz. _____

Schadenanzeige zur Unfallversicherung

Bezirk: _____

Vor- und Zuname: _____ Beruf: _____

Versicherungsort,
Straße u. Haus-Nr.: _____ Tel.: _____
(Postleitzahl) (auch Vorwahl-Nummer)

Nr. des Vers.-Scheins: _____ Vers.-Summe: _____

1. Vor- und Zuname des Verletzten: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

2. Wann hat sich der Unfall ereignet?

am: _____ 20 _____, um _____ Uhr

An welchem Ort, in welchem Raum? _____

3. Worin besteht die gewöhnliche Beschäftigung des Verletzten? _____

Bei welcher Beschäftigung bzw. bei welcher Gelegenheit ereignete sich der Unfall? _____

4. Fand eine polizeiliche Aufnahme statt? nein ja _____
(polizeiliche Dienststelle)

5. Hatte der Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol genossen?

nein ja _____
(Art und Umfang der genossenen Menge)

6. Wie war der Hergang des Unfalls? (Bitte genau und ausführlich beantworten. Wenn der Raum nicht ausreicht, bitte besonderes Blatt verwenden, gegebenenfalls Skizze beifügen.)

7. Welche Verletzungen sind eingetreten? _____

8. Fand eine stationäre Behandlung im Krankenhaus statt? (Fügen Sie bitte eine Bescheinigung des Krankenhauses bei.)

nein ja, von _____ bis _____

9. Wer ist der jetzt behandelnde Arzt? (Name und genaue Adresse) _____

10. Wo befindet sich der Verletzte jetzt? _____

bitte wenden!

11. Besteht bzw. bestand Arbeitsunfähigkeit? nein ja, von _____ bis _____

Wie lange wird sie voraussichtlich dauern? _____

Sind Dauerfolgen zu befürchten? nein ja, folgende: _____

12. Kann der Verletzte:

ausgehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	reisen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
körperlich arbeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	schriftlich arbeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
beaufsichtigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anordnungen treffen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

13. War der Verletzte vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund, ggf. welche Leiden hatte er? ja nein _____

Von welchem Arzt wurde er ggf. behandelt? _____
(Name und Anschrift)

War er vor dem Unfall voll arbeitsfähig? ja nein, Minderungsgrad: _____

Erhält er eine Rente, ggf. von wem? nein ja, von _____

14. Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse oder einer Krankenversicherung und welcher? nein ja, bei: _____

Ist der Verletzte (evtl. durch seinen Arbeitgeber) bei einer Berufsgenossenschaft versichert und bei welcher? nein ja, bei: _____

15. Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfälle versichert? nein ja, bei: _____

_____ Vers.-Schein Nr.: _____

Bestand früher eine solche Versicherung? nein ja, bei: _____

Erhielt der Verletzte früher eine Unfallentschädigung? nein ja, von: _____

Ist ein Lebens- oder Unfallversicherungs-Antrag früher abgelehnt worden? Von welcher Gesellschaft und wann?

nein ja, _____

16. Auf welches Konto soll die Entschädigung gezahlt werden?

Bankverbindung: _____ Bankleitzahl: _____

Konto-Nr.: _____ Konto-Inhaber: _____

Die Unterzeichner erklären hierdurch, daß sie die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgetreu gemacht haben. Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____ ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort, _____ Datum _____ Unterschrift des Verletzten _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Vom Obmann auszufüllen

Wann wurde Ihnen der Unfall gemeldet? _____

Können Sie zum Unfall Stellung nehmen? _____ (Stellungnahme anliegend)

Wurde der Beitrag für das lfd. Jahr entrichtet? _____

Welche Kosten sind durch Ihre Besichtigung entstanden? _____

Ort, _____ Datum _____ Unterschrift des Obmanns _____