



Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit  
Gegründet 1945

**LBN - Versicherungsverein a.G. (VVaG)**

Anschrift: Döhrbruch 65  
30559 Hannover  
Postfach: 710147  
30541 Hannover  
E-Mail: schaden@lbn.de  
Internet: www.lbn.de  
Telefon: 0511 36425 - 150  
Fax: 0511 36425 - 950

## Schadenanzeige Unfall

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Versicherungsnehmer (VN)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Derzeitige Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Bankverbindung

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Schadentag: \_\_\_\_\_ Schadenzeitpunkt: \_\_\_\_\_ Uhr

Schadenort: \_\_\_\_\_

Unfallart:  Berufsunfall  Unfall Arbeitsweg  Haushaltsunfall  Freizeitunfall  Verkehrsunfall  Unfall Vereinssport

### Angaben zur verletzten Person

Die verletzte Person ist gleichzeitig der VN

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Derzeitige Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

### Unfallhergang (ausführliche Schilderung - ggf. auf einem gesondertem Blatt)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  ja  nein

Anschrift der Polizeidienststelle \_\_\_\_\_

Tagebuchnummer \_\_\_\_\_ Datum der Anzeige: \_\_\_\_\_

Stand die verletzte Person zum Unfallzeitpunkt unter Alkoholeinfluss?  ja  nein

Wurde eine Blutprobe entnommen?  ja, von \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_ %  nein

Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z. B. Ohnmacht, Schwindelanfall) zurückzuführen?

ja Grund: \_\_\_\_\_  nein

## Angaben zu Unfallverletzungen und Behandlungen

Welche Verletzungen oder Gesundheitsschädigungen sind eingetreten? **(Bitte Verletzungs-/Behandlungsnachweis beifügen!)**

---

---

Name, Anschrift des erstbehandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Datum der Erstbehandlung: \_\_\_\_\_

## Stationäre Behandlung (Bitte Krankenhausentlassungsbericht beifügen!)

Name, Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt am/von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?  ja  nein, voraussichtliches Behandlungsende: \_\_\_\_\_

## Angaben zu Vorerkrankungen/Vorschädigungen der verletzten Person

Bestanden zur Zeit des Unfallereignisses Vorerkrankungen, Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden (z. B. Diabetes, Arthrose, Osteoporose, Epilepsie)?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat die verletzte Person anlässlich früherer Unfälle Invaliditätsleistungen erhalten?  ja  nein

Wofür? \_\_\_\_\_ In welcher Höhe? \_\_\_\_\_ €

Von wem? \_\_\_\_\_

Erhält oder erhielt die verletzte Person eine Rente wegen einer vor dem Unfall entstandenen Behinderung oder Krankheit?

ja Grund: \_\_\_\_\_  nein

## Angaben zu weiteren Verträgen

Ist die verletzte Person noch bei einer anderen Gesellschaft gegen Unfälle versichert?

ja, bei: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  nein

Bestand früher eine solche Versicherung?  ja, bei \_\_\_\_\_  nein

Bestehen bei anderen Gesellschaften Unfallzusatz-, Krankenzusatz-, Zahnzusatz- oder Auslandskrankenversicherungen?

ja, bei: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  nein

\_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Wichtige Hinweise

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) sind Sie verpflichtet, uns ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten (Obliegenheit des Versicherungsnehmers). Diese Auskunftspflicht und Aufklärungspflicht beinhaltet auch die richtige Beantwortung der Fragen. Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit, d. h. wenn Sie Ihre Sorgfaltspflicht in besonders schwerem Maße verletzt haben, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben oder die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich war, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

## Erklärung

Alle vorstehenden Fragen wurden wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Hierfür übernehme ich als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherer die alleinige Verantwortung, auch wenn eine andere Person diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, die vorstehenden wichtigen Hinweise gelesen und verstanden zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der verletzten Person  
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)