

Allgemeine Unfallversicherung / Kraftfahrt-Unfallversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
senden Sie uns bitte möglichst kurzfristig diese Unfall-Schadenanzeige vollständig ausgefüllt
und mit 2 Unterschriften versehen zurück.
Vielen Dank!

Bitte beachten Sie auch folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Vertrag zu Grunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) bzw. den Besonderen Versicherungsbedingungen (BB), die Sie zusammen mit dem Versicherungsschein erhalten haben.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung/Unfallrente

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb **eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von **15 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von **15 Monaten** von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Bei Fristversäumnis für die ärztliche Feststellung der Invalidität besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung! Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen!

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50% ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung bzw. erweiterte Übergangsleistung (soweit versichert)

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
 - nach Ablauf von 3 Monaten (erweiterte Übergangsleistung)
bzw. nach 6 Monaten (normale Übergangsleistung) vom Unfalltag an gerechnet
 - und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - noch um mindestens 50% beeinträchtigt ist,
 - die Beeinträchtigung innerhalb der 6 Monate ununterbrochen bestanden hat und
- die Beeinträchtigung spätestens **sieben Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht wird. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Bei Fristversäumnis für die Geltendmachung der Beeinträchtigung kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen!

3. Leistungsarten außerhalb der AUB

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| – Kosmetische Operationen: | BB bzw. AUB Kosm. OP |
| – Kurbeihilfe: | BB bzw. AUB Kurbeihilfe |
| – Infektionen: | BB bzw. AUB Infektionen |

Haben Sie mit uns Leistungen nach den oben genannten Besonderen Bedingungen vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen den oben genannten Bestimmungen zu entnehmen.

Bitte senden Sie die Unfall-Schadenanzeige zurück an:

VGH Versicherungen
Landschaftliche Brandkasse Hannover
Unfall-Leistung
30140 Hannover

Schadenmeldung an die Landschaftliche Brandkasse Hannover



Allgemeine Unfallversicherung

Kraftfahrt-Unfallversicherung

Versicherungsnummer:		Schadennummer:	
Versicherungsnehmer:			
Telefon tagsüber (mit Vorwahl):			
Angaben zum Unfall:			
Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort (Straße, Nr., Ort)	
während	<input type="radio"/> Freizeitunfall	<input type="radio"/> Berufsunfall	<input type="radio"/> Wegeunfall
Schilderung des Unfallhergangs:			
Wurde innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol genossen?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Menge u. Art _____
Wurden innerhalb der letzten 48 Stunden vor dem Unfall Rauschmittel/Medikamente konsumiert?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Menge u. Art _____
Wurde eine Bluprobe entnommen?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja _____ %
Polizei, Tagebuchnummer _____		<input type="radio"/> keine Polizei	
Staatsanwaltschaft, Aktenzeichen _____			
Zeugen des Unfalles (Namen und Anschriften) _____			
Angaben zur verletzten Person: (Sind mehrere Personen verletzt worden, bitte pro weitere Person Zusatzblatt verwenden und unterschreiben lassen)			
Name und Anschrift der verletzten Person			
Geburtsstag	Ausgeübter Beruf	Arbeitgeber	
Art der Verletzungen			
Erste ärztliche Versorgung am _____ um (Uhrzeit) _____		Erstbehandelnder Arzt (ggf. Krankenhaus)	
Die Behandlung wird jetzt durchgeführt		<input type="radio"/> stationär – bitte Fachklinik/Abt./Arzt angeben _____	
		<input type="radio"/> ambulant von _____	
Ist die verletzte Person durch den Unfall arbeitsunfähig?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, vom _____ bis _____
Unfallbedingte stationäre Behandlung ist erforderlich		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, vom _____ bis _____
Eine ärztliche Bescheinigung über		<input type="radio"/> stationäre Behandlung	} <input type="radio"/> liegt bei <input type="radio"/> wird nachgereicht <input type="radio"/> entfällt, weil nicht versichert
		<input type="radio"/> Arbeitsunfähigkeit	
Die Heilbehandlung ist		<input type="radio"/> abgeschlossen seit _____	<input type="radio"/> noch nicht abgeschlossen, Dauer noch ca. _____ Wochen
Haben bei den Unfallfolgen Erkrankungen oder Gebrechen mitgewirkt?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende _____
War vor dem Unfall die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauernd beeinträchtigt?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Grund _____

Waren vor dem Unfall Gliedmaßen/Sinnesorgane **dauernd** in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt? nein ja, folgende _____

In welchem Umfang (% , Bruchteil)? _____

Wurde in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? nein ja

Grund: _____

Behandelnder Arzt: _____

Bestand vor dem Unfall Pflegebedürftigkeit? nein ja

Wenn ja, Pflegestufe _____ seit wann? _____

War die verletzte Person auf dem Weg zur oder von der Arbeit? nein ja

Zuständige Berufsgenossenschaft: _____

Bestehen bzw. haben in den letzten drei Jahren vor dem Unfall weitere private Unfallversicherungen bestanden? nein ja

Versicherungsgesellschaften: _____

Versicherungs-/Schadenummer: _____

Bitte geben Sie die vollständigen Anschriften an.

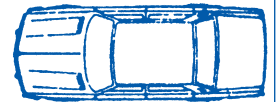
Bei Kfz-Unfällen:

amtliches Kennzeichen _____ Hersteller/Typ _____ Anzahl der Fahrzeuginsassen zum Unfallzeitpunkt _____

Namen, Anschriften und Geburtsdatum der Fahrzeuginsassen:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

Sitzposition der Insassen (bitte ankreuzen):



War die verletzte Person zum Zeitpunkt des Unfalls angegurtert? nein ja

War das Fahrzeug verkehrssicher? nein ja

Wurde die Fahrt mit Wissen und Willen des Halters ausgeführt? nein ja

Name und Anschrift des Fahrers _____

War der Fahrer im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis? nein ja

Klasse _____ Ausstellungs-Datum/-Behörde _____

Entfernte sich der Fahrer unerlaubt vom Unfallort? nein ja

Im Entschädigungsfall soll die Versicherungsleistung überwiesen werden an:

Kontoinhaber (Name, Vorname, Anschrift) _____

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____ Geldinstitut _____

Ich versichere alle Angaben wahrheitsgetreu nach bestem Wissen gemacht zu haben. Über die Konsequenzen einer grob fahrlässigen, vorsätzlich falschen oder gar arglistigen Beantwortung der Fragen unterrichtet die beigelegte gesonderte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.

Datum _____ Unterschrift Versicherungsnehmer/in (Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter) _____ Unterschrift Verletzter (Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter) _____

Bemerkung der Vertretung: _____ Vertretungs-Stempel und Unterschrift: _____

Schadensnummer:

Unfalltag:

verletzte Person:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Gesonderte Mitteilung über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten: Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit: Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis: Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir – die Landschaftliche Brandkasse Hannover – die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Prüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die Landschaftliche Brandkasse Hannover wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann – insbesondere im Todesfall – zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Datum

Unterschrift der verletzten Person

Diese Erklärung muss gesondert unterschrieben werden, da sonst eine weitere Bearbeitung nicht möglich ist

Erklärung im Falle eines gesetzlichen Vertreters

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

Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter (insbesondere bei Minderjährigen)

