



Kommunale  
Versorgungskassen  
Westfalen-Lippe

## Beihilfekasse

Kommunale Versorgungskassen  
Westfalen-Lippe  
kvw-Beihilfekasse  
Postfach 8209  
48044 Münster

### Unfallbericht

Beihilfeberechtigte/r: Name, Vorname	Geburtsdatum	Beihilfe-Nummer
--------------------------------------	--------------	-----------------

1.	Name, Vorname und Geburtsdatum der verletzten Person	geb. am:
2.	Anschrift der verletzten Person (Straße, Postleitzahl, Ort)	
3.	Wann ereignete sich der Unfall? (Datum und Uhrzeit)	
4.	Wo ereignete sich der Unfall? (Straße, Postleitzahl, Ort usw.)	
5.	Name und Anschrift des Unfallgegners	
6.	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?	
7.	Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienststelle:
8.	Wurde ein Ordnungswidrigkeits-/Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen bei Behörde/Staatsanwaltschaft mit Angabe Az:
9.	Name und Anschrift von Zeugen (ggf. auf besonderem Blatt ergänzen)	
10.	Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten?	

#### KONTAKT

Zumsandestraße 12 // 48145 Münster  
Tel. (0251) 591-6749 // Fax (0251) 591-5915  
kvw@kvw-muenster.de  
www.kvw-muenster.de

#### BANKVERBINDUNG

IBAN: DE41 3005 0000 0001 008622  
BIC: WELADED

11	<b>Unfallschilderung</b> (ggf. mit Skizze) – Aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild des Unfallablaufs ergeben (ggf. ein gesondertes Blatt beifügen)		
12	Bei Verkehrsunfällen:		
a	Fahrer des Fahrzeuges: (Name, Anschrift, Alter, Führerscheindaten)		
b	Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeuges, ggf. Halter		
c	Fahrzeug des <u>Unfallgegners</u> Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeuges		
d	Haftpflichtversicherung des Halters des Fahrzeuges zu c	Versicherungsgesellschaft (Name, Anschrift)	Versicherungsnr.: Schadenr.:

Sollte Ihnen vom Schadenverursacher eine vergleichsweise Regelung angeboten werden, teilen Sie dies der kvw-Beihilfekasse bitte vorab mit und schließen die Ansprüche der kvw-Beihilfekasse von dieser Regelung aus.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass die den Unfall betreffenden Rechnungsbelege zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegenüber dem Schädiger bzw. seiner Versicherung verwendet werden.

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Datum, Unterschrift der verletzten Person

## Entbindung von der Schweigepflicht

Beihilfeberechtigte/r: Name, Vorname	Geburtsdatum	Beihilfe-Nummer
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)		
Für (wenn nicht Beihilfeberechtigter):		
Unfall vom: Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte bezüglich der Folgen aus dem o. g. Unfall gegenüber der kvw-Beihilfekasse von der ärztlichen Schweigepflicht.		
Ort, Datum	Unterschrift	

### Nur auszufüllen von Tarifbeschäftigten:

#### Abtretungserklärung

Gemäß § 1 Absatz 3 BVOTb NRW trete ich hiermit die Ansprüche auf Schadenersatz wegen der Kosten, die durch den Unfall verursacht worden sind, in Höhe der zustehenden Beihilfe an die kvw-Beihilfekasse ab, soweit die Beihilfekasse zur Gewährung einer Beihilfe verpflichtet ist.

Gleichzeitig erkläre ich, dass ich diese Ansprüche nicht verfügt habe und mich jeder Verfügung darüber enthalten werde.

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Datum, Unterschrift der verletzten Person