

Name des Verbands/oder Gewerkschaft:

DBV Deutsche Beamtenversicherung AG

DPOIG Bundespolizeigewerkschaft

Seelower Str. 7
10439 Berlin
Telefon: 030/44 67 87 21
Fax: 030/44 71 43 20
E-Mail: post@bgv.dbb.de

Zentraldirektion
Frankfurter Straße 50
65178 Wiesbaden
Telefon: (06 11) 3 63-0

Versicherungs-Nummer: 20140105593/8F

Unfallmeldung zur Freizeit-Gruppen-Unfallversicherung

Hinweis für den Anspruchsteller:

Bitte unterstützen Sie uns bei der schnellstmöglichen Bearbeitung Ihrer Unfallmeldung, indem Sie

- a) diese Seite genau und vollständig ausfüllen und möglichst eigenhändig unterschreiben,
- b) auf der Rückseite Teil II von Ihrer Dienststelle bestätigen lassen,
- c) im Falle eines Krankenhaus(tage)geldanspruches auch Teil III vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen,
- d) diese ausgefertigte Unfallmeldung **nur** an den Mitgliedsverband zurücksenden. Von dort erfolgt die Bestätigung zu Teil IV und ggf. Unterschrift des Hauptverbandes und anschließende Weiterleitung an die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG.

Name des Mitglieds: _____ Geb.-Datum: _____

Vorname, Name in Druckschrift

Anschrift: _____ Beruf: _____

Postleitzahl, Ort, Straße, Haus-Nr.

I. Angaben d. Verletzten/Anspruchstellers

1. a) Wann und wo hat sich der Unfall ereignet? _____
Tag, Uhrzeit, Ort

b) Bei welcher Tätigkeit?
(z.B. Urlaubsreise, Spazierfahrt, Sport-
übung, Besuch einer Veranstaltung usw.) _____

c) Wie hat sich der Unfall zugetragen?
(Schilderung der Ursache und des Herganges,
falls Platz nicht ausreicht, auf besonderem Blatt) _____

2. a) Von welcher Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen
bitte genaue Bezeichnung _____

b) Zuständige Staatsanwaltschaft oder Aktenzeichen: _____

c) Hat d. Verletzte in den letzten 36 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Drogen zu sich genommen? nein ja , welche Menge _____
welche Art _____ Wann _____

d) Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja , _____ Ergebnis _____ ‰

3. a) Hat der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt nein ja , Fahrzeugart: _____
PKW, LKW, Motorrad, Moped

b) Wenn ja, Führerschein Klasse _____ seit _____

4. a) Welcher Art ist die Verletzung und welche Körperteile sind verletzt? _____

b) Befand sich der Verletzte in einem Krankenhaus? nein ja , vom _____ bis _____
Name und Anschrift des Krankenhauses

c) Wie lauten Namen und Anschrift des behandelnden Arztes? _____

5. Besteht für d. Verletzte(n) noch eine weitere Unfallversicherung? nein ja , Versicherungs-Nr. und Gesellschaft _____

6. Die Entschädigung ist auszuzahlen an _____
Name und Anschrift des Empfängers

Bank/Postgiroamt (BLZ) _____ Kto.-Nr. Bank/Postgiroamt _____

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen wahrheitsgetreu gemacht. Für den Inhalt erkläre ich mich verantwortlich und verbürge mich für die Richtigkeit der Angaben auch insofern, als sie nicht von mir niedergeschrieben sind. Mir ist bekannt, dass unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dadurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

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

Ort/Datum _____

Unterschrift des Verletzten/Anspruchstellers _____

II. Bescheinigung der Dienststelle

Der/die umseitig Genannte stand zur Zeit des angegeben Unfalls in unseren Diensten. Der Unfall ereignete sich nicht während der Dienstzeit, nicht auf dem Weg vom oder zum Arbeitsplatz und wird von uns auch aus anderen Gründen, die eine Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherungsträger oder nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften auslösen können, nicht als Dienstatunfall behandelt.

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift der Dienststelle

III. Bescheinigung des Arztes oder Krankenhauses

(Eine formlose Bescheinigung ersetzt die Angaben nur, wenn darin ausdrücklich bestätigt wird, dass die stationäre Behandlung allein wegen des umseitigen Unfalls notwendig war. Der Verletzte darf hier keine Eintragung vornehmen!)

Ich bestätige hiermit, dass der/die umseitig Genannte allein wegen des Unfalls vom _____

in stationärer Krankenhausbehandlung war, und zwar vom _____ bis _____ **(Daten dürfen nur vom Arzt eingesetzt werden.)**

Art der Verletzung: _____

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses

IV. Angaben der Geschäftsstelle

1. Der/die Verletzte ist Mitglied seit: _____ Beitrag bezahlt bis: _____

Letzter Monatsbeitrag € _____

Stempel/Unterschrift des zuständigen Fach-/Orts-/Kreisverbandes

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Hauptverbandes