

Versicherungsschein-Nr.	Schaden-Nr.	Name des Verbandes/der Gewerkschaft	Telefon mit Vorwahl des Mitglieds
-------------------------	-------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Unfallmeldung zur Freizeit-Gruppen-Unfallversicherung

Hinweis für den Anspruchsteller:

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

- diese Seite genau und vollständig ausfüllen und möglichst eigenhändig unterschreiben,
- auf der Rückseite Teil II von Ihrer Dienststelle bestätigen lassen,
- im Falle eines Krankenhaus(tage)geldanspruches auch Teil III vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen,
- 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.

Name des Mitglieds: _____ Geb.-Datum: _____
Vorname, Name in Druckschrift

Anschrift: _____ Beruf: _____
Postleitzahl, Ort, Straße, Haus-Nr.

I. Angaben d. Verletzten/Anspruchstellers

- Wann und wo hat sich der Unfall ereignet?
Tag, Uhrzeit, Ort
 - Bei welcher Tätigkeit?
 (z.B. Urlaubsreise, Spazierfahrt, Sportübung, Besuch einer Veranstaltung usw.)
 - Wie hat sich der Unfall zugetragen?
 (Schilderung der Ursache und des Herganges, falls Platz nicht ausreicht, auf besonderem Blatt)
- Von welcher Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen?
bitte genaue Bezeichnung
 - Zuständige Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen:
 - Hat d. Verletzte in den letzten 36 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Drogen zu sich genommen?
 nein ja , welche Menge _____
 Welcher Art _____ Wann _____
 - Wurde eine Blutprobe entnommen?
 nein ja , Ergebnis _____ ‰
- Hat der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt?
 nein ja , Fahrzeugart: _____
Pkw, Lkw, Motorrad, Moped
 - Wenn ja, Führerschein Klasse _____ seit _____
- Welcher Art ist die Verletzung und welche Körperteile sind verletzt?
 - Befand sich der Verletzte in einem Krankenhaus?
 nein ja , vom _____ bis _____
Name und Anschrift des Krankenhauses
 - Wie lauten Name und Anschrift des handelnden 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 gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ort/Datum _____

Unterschrift d. Verletzten/Anspruchstellers _____

II. Bescheinigung der Dienststelle

Der/die umseitig Genannte stand zur Zeit des angegebenen 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 Dienstunfall behandelt.

Ort/Datum _____

Stempel und Unterschrift der Dienststelle _____

III. Bescheinigung des Arztes oder Krankenhauses

(Eine formlose Bescheinigung ersetzt diese Angaben nur, wenn darin ausdrücklich bestätigt wird, daß die stationäre Behandlung allein wegen des umseitigen Unfalls notwendig war. D. Verletzte selbst darf hier keine Eintragungen 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 EUR: _____

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

Ort/Datum _____

Stempel und Unterschrift des Hauptverbandes _____