

# Unfallanzeige zur Freizeit-Gruppen-Unfallversicherung

Bei Rückfragen erreichen Sie uns  
unter Telefon 0611/363-2973  
Fax 0221/14823624

Interne Angaben	Versicherungsscheinnummer der DBV	Agenturnummer	Schadensnummer
-----------------	-----------------------------------	---------------	----------------

Bitte zurücksenden an:

DBV  
US-WI  
Colonia-Allee 10-20



51171 Köln

**Hinweise für den Anspruchsteller**

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

a) Teil I 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)geldanspruchs 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.

Name des Verbandes

Angaben zur versicherten Person	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Straße	PLZ, Wohnort
	Ausgeübter Beruf	seit wann ?

I. Angaben zum Unfallereignis	Schadentag	Uhrzeit	Ort
	Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Ja, Arbeitgeber (Adresse, Tel.-Nr.) <input type="checkbox"/> Nein	
	Hat d. Versicherte innerhalb von 36 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder sonstige berauschende Mittel zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wann
		Art und Menge	
	Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Dienststelle Telefon
	Zuständige Staatsanwaltschaft	Aktenzeichen	Aktenzeichen

Ausführliche Unfallschilderung (ggf. gesondertes Blatt)

Unfallfolgen	Verletzte Körperteile	Art der Unfallverletzung/Diagnose
--------------	-----------------------	-----------------------------------

Ärztliche Behandlung	Name, Anschrift und Fachrichtung der behandelnden/konsultierten Ärzte	
	Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein
	Welche unfallbedingten Beschwerden bestehen noch?	

KFZ-Unfall	Hat der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt?	Kennzeichen	Fabrikat	<input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW
				Anzahl der Insassen: _____
		Hadte der Fahrer zum Unfallzeitpunkt die erforderliche Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Weitere Versicherungen	Ist d. Versicherte noch anderweitig unfallversichert?		<input type="checkbox"/> Ja, Gesellschaft:	<input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, teilen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft, deren Anschrift und die dortige Versicherungsschein-Nummer mit.		Anschrift	
		Versicherungsschein-Nummer	Ansprechpartner	Telefon
Bankverbindung	Auf welches Konto soll eine Leistung überwiesen werden?	Kontonummer		Bankleitzahl
		Geldinstitut		Kontoinhaber
Schlussklärung (bitte besonders beachten)	Ich nehme zur Kenntnis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Fragen dieser Unfallanzeige ausnahmslos vollständig und richtig beantwortet sind, auch für den Fall, dass ich diese nicht selbst ausgefüllt habe. Mir ist		dabei 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 oder den von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.	
Schweigepflichtentbindung	Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen und Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren bzw. mit der Begutachtung beauftragt sind, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich diese von der Schweigepflicht zur Prüfung		von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden mit Ausnahme von Sozialversicherungen - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden.	
	Datum		Unterschrift der verletzten Person	
II. Bescheinigung der Dienststelle	Der/die umseitig Genannte stand zurzeit 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 des Krankenhauses (nur von diesen auszufüllen)	Sofern ein Krankenhaustagegeld versichert ist, reichen Sie uns bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer der stationären		Behandlung mit Diagnose ein oder lassen Sie die Angaben hier vom Arzt bestätigen (Daten nur vom Arzt einzusetzen):	
	Ich bestätige hiermit, dass der/die Versicherte allein wegen diesem Unfall in stationärer Krankenhausbehandlung war.		Datum des Unfalls	Behandlung vom _____ bis _____
	Diagnose			
	Ort, Datum		Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses	
IV. Angaben der Geschäftsstelle	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	