

Ausgefüllte Formulare senden Sie an:

BFW-EVG
 Postfach 11 01 43
 60036 Frankfurt am Main

Unfallmeldung Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) zur

- Freizeit-Unfallversicherung Nr. V 74030500.0
- beruflichen Unfallversicherung Nr. V 74030400.3

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

1. Bitte die Angaben in A. vollständig in Druckschrift ausfüllen und vom Verletzten nach Möglichkeit selbst unterschreiben lassen.
2. Auf der Rückseite in jedem Fall Teil B. I. ausfüllen und unterschreiben lassen.
3. Wird **Krankenhausgeld** beansprucht, auch Teil B. II. vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen.

A. Angaben zur Person und zum Unfallhergang

| | |
|--|----------------------|
| 1. a) Familien- und Vorname des Mitglieds Geburtsdatum Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort Beruf Telefonnummer privat/dienstlich, E-Mail b) Name und Anschrift des Anspruchsberechtigten (nur im Todesfall) Geburtsdatum c) Ich bitte, die Versicherungsleistung zu überweisen an: | |
| Empfänger | <input type="text"/> |
| Kontonummer | <input type="text"/> |
| BLZ | <input type="text"/> |
| Geldinstitut | <input type="text"/> |
| 2. Tag, Uhrzeit und Ort des Unfalls | |
| 3. Bei welcher Betätigung bzw. Gelegenheit ereignete sich der Unfall? | |
| 4. Darstellung des Unfallherganges (falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt) | |
| 5. a) Ist über den Unfall ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden, ggf. von welcher Polizeidienststelle und unter welchem Aktenzeichen? | |
| b) Ist ein Blutalkoholtest erfolgt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> % Haben Sie in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wieviel? <input type="text"/> | |
| 6. a) Haben Sie ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. Fahrzeugart <input type="text"/> (Pkw, Lkw, Motorrad, Moped) b) Wenn ja, besaßen Sie zum Unfallzeitpunkt die zum Führen des Kraftfahrzeugs erforderliche Fahrerlaubnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Führerschein Klasse <input type="text"/> | |
| 7. a) Art der Verletzungen | |
| b) Zuerst zugezogener Arzt/zugezogenes Krankenhaus | |
| c) Weitere behandelnde Ärzte/Krankenhäuser | |

| | |
|--|---|
| 8. a) Wegen welcher Gesundheitsschädigungen (Krankheiten, Unfälle) war bei dem Verletzten bereits früher eine ärztliche Behandlung erforderlich? | |
| b) War der Verletzte vor dem Unfall dauernd pflegebedürftig? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/> |
| 9. a) Bestehen weitere Unfallversicherungen? Anschrift der Gesellschaften und VSnr. oder Schadenummer angeben | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> (Anschrift) |
| b) Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> (Anschrift) |
| Ggf. Anschrift und Bearbeitungszeichen angeben. | <input type="text"/> |

Wir bitten Sie die Schadenanzeige wahrheitsgemäss und vollständig ausgefüllt zurückzusenden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass eine vorsätzliche Verletzung Ihrer Obliegenheiten (insbesondere Auskunft- und Aufklärungsobliegenheiten) zur Leistungsfreiheit führen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung Ihrer Obliegenheiten sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der begangenen Obliegenheitsverletzung entsprechenden Verhältnis zu kürzen ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

| | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Unterschrift des Mitglieds oder des Anspruchsberechtigten |

Bitte fügen Sie die Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung zur Unfallversicherung unterschrieben der vervollständigten Unfallanzeige bei. Entscheiden Sie sich bitte hierbei für eine der beiden Möglichkeiten.

B. Vom Anspruchsteller beizubringende Bescheinigungen

I. Bescheinigung der Dienststelle/des Betriebes

Der/die umseitig Genannte war zur Zeit des angegebenen Unfalls bei uns beschäftigt. Der Unfall ereignete sich

- in der Freizeit
 während der Dienstzeit/auf dem Weg vom oder zum Arbeitsplatz

| | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers |

II. Bescheinigung des Arztes oder des Krankenhauses

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

Ich bestätige hiermit, dass der/die umseitig Genannte **allein** wegen des Unfalls vom von der Einlieferung an länger als 48 Stunden, in stationärer Krankenhausbehandlung war, und zwar vom bis (Daten dürfen nur vom Arzt eingesetzt werden).

Art der Verletzung:

Bestand bei der Einlieferung Verdacht auf Alkoholeinwirkung? nein ja

| | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Stempel oder Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses |

C. Angaben der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG)

1. Der/die Verletzte ist Gewerkschaftsmitglied seit und zahlt seinen/ihren Beitrag regelmäßig.
2. Die letzten für die Berechnung maßgebenden 3 Monatsbeiträge vor dem Unfallereignis betragen:

= €
= €
= €
= € : 3 = €

Für die weitere Berechnung maßgebener Beitrag (aufgerundet auf € 0,10) = €

3. Der Versicherte unterliegt **nicht** dem persönlichen und sachlichen Geltungsbereich des Tarifvertrages zur Führung von Langzeitkonten für die Arbeitnehmer verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (LZK-TV). ja nein

| | |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Stempel oder Unterschrift der Gewerkschaft |

Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung zur Unfallversicherung

| | |
|------------------|--|
| Verletzte Person | |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift | |
| Schadentag | |

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben prüfen kann, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufes ergeben. Die Prüfung erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose oder Behandlungsverlauf).

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden folgenden Möglichkeiten (bitte ankreuzen):

1. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – **mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar** – Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, andere Sozialversicherungsträger und Behörden von ihrer Schweigepflicht. Ebenfalls willige ich in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die DEVK Versicherung ein. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass die erhobenen Gesundheitsdaten, soweit für die Leistungsprüfung erforderlich, an die genannten Stellen sowie beauftragten Ärzte und Gutachter weitergegeben werden und befreie die Angehörigen der DEVK Versicherungen von ihrer Schweigepflicht. Bei Beanspruchung von vertraglich vereinbarten Assistance-Leistungen stimme ich der Überlassung der medizinischen Unterlagen an den beauftragten Dienstleister zu.

Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen auch über meinen Tod hinaus.

oder

2. Eine entsprechende Erklärung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Stellen von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung von Gesundheitsdaten zustimme oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Ort, Datum

Unterschrift des verletzten Person