

Ausgefüllte Formulare senden Sie an:

EVG
 Zentraler Mitgliederservice
 – FZU –
 Reinhardtstraße 23
 10117 Berlin

Unfallmeldung Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) zur

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Bitte die Angaben in A. vollständig in Druckschrift ausfüllen und vom Verletzten nach Möglichkeit selbst unterschreiben lassen.
- Auf der Rückseite in jedem Fall Teil B. I. ausfüllen und unterschreiben lassen.
- 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"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Geldinstitut	<input type="text"/>
2. Tag, Uhrzeit und Ort des Unfalls	<input type="text"/>
3. Bei welcher Betätigung bzw. Gelegenheit ereignete sich der Unfall?	<input type="text"/>
4. Darstellung des Unfallherganges (falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt)	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
5. a) Ist über den Unfall ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden, ggf. von welcher Polizeidienststelle und unter welchem Aktenzeichen?	<input type="text"/>
b) Ist ein Blutalkoholtest erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> %
Haben Sie in den letzten zwölf 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	<input type="text"/>
b) Zuerst zugezogener Arzt/zugezogenes Krankenhaus	<input type="text"/>
c) Weitere behandelnde Ärzte/Krankenhäuser	<input type="text"/>

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? _____
9. a) Bestehen weitere Unfallversicherungen? Anschrift der Gesellschaften und VSnr. oder Schadenummer angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ (Anschrift)
b) Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ (Anschrift)
Ggf. Anschrift und Bearbeitungszeichen angeben.	

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.

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 Betriebs

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

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

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 drei Monatsbeiträge vor dem Unfallereignis betragen:

= _____ Euro
 = _____ Euro
 = _____ Euro
 = _____ Euro: 3 = _____ Euro

Für die weitere Berechnung maßgebender Beitrag (aufgerundet auf 0,10 Euro) = _____ Euro

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

Ort, Datum

Stempel oder Unterschrift der Gewerkschaft

Erklärung zur Unfallversicherung

Verletzte Person	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Schadentag	

Ich willige ein, dass die bei der EVG eingereichte Schadenanzeige und Unterlagen (z. B. Arztberichte), soweit zur Leistungsprüfung erforderlich, an die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G., Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn, 50729 Köln, weitergeleitet werden.

Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass die DEVK Deutsche Eisenbahnversicherung Sach und HUK-Versicherungsverein a.G., Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn, Bearbeitungshinweise, Leistungsentscheidungen (einschließlich medizinischer Unterlagen) an die Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG), Bearbeitungsstelle Zentraler Mitgliederservice – FZU –, Rheinhardtstraße 23, 10117 Berlin übermittelt.

Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten oder andere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten entbinde ich die Mitarbeiter der DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach und HUK-Versicherungsverein a.G., Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn, und der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft von ihrer Schweigepflicht

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, bzw. Hinterbliebenen

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Diese werden wir in jedem Einzelfall gesondert von Ihnen einholen.