

DEVK Versicherungen  
Gruppe Unfallschaden 8950  
Riehler Straße 190  
50735 Köln

## Unfallmeldung

zur Berufsunfallversicherung V 74 030 200/1  
(gilt nicht für Freizeitunfallversicherung!)

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

1. Antrag ausfüllen      2. von der Gewerkschaft bestätigen lassen      3. an DEVK\* senden

- 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. und C. ausfüllen und unterschreiben lassen.
- Wird Krankenhaustagegeld beansprucht, auch Teil B. II. vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen.
- Ausgefüllten Antrag an die \* DEVK Versicherungen, Riehler Straße 135, 50735 Köln, zurücksenden.

### A. Angaben zur Person und zum Unfallhergang

1. a) Familien- und Vorname des Mitglieds			
Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Beruf			
Telefonnummer privat/dienstlich			
b) Ich bitte, die Versicherungsleistung zu überweisen an:			
Empfänger	IBAN		
	Geldinstitut		
2. Tag, Uhrzeit und Ort des Unfalls			
3. Art des Unfalls	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Wegeunfall		
4. Darstellung des Unfallhergangs (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	_____ %
Haben Sie in den letzten zwölf Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja wieviel?	_____
6. a) Haben Sie ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
ggf. Fahrzeugart	_____		
	(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 _____

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? _____
9. Bestehen weitere Unfallversicherungen? Anschrift der Gesellschaften und VSnr. oder Schadennummer angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ (Anschrift) _____

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

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 Heilberufs 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 der Leistungsansprüche im Falle meines Todes. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für den unter Punkt B genannten Arbeitgeber und für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern; ferner für Angehörige von anderen Unfall – sowie von Kranken- oder Lebensversicherungen, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Ich bin auch damit einverstanden, dass der Versicherer im Rahmen seiner Leistungsprüfung medizinische Unterlagen einem beauftragten Arzt vorlegt.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) Versicherte(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

**Wir bitten Sie, die Schadenanzeige wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt an die DEVK zurückzusenden.**

**Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass eine vorsätzliche Verletzung Ihrer Obliegenheiten (insbesondere Auskunfts- 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. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.**

**Erklärung zum Datenschutz**

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass der Fonds soziale Sicherung im erforderlichen Umfang allgemeine Antrags- und Leistungsdaten, welche sich aus den Auftragsunterlagen oder der Vertrags-/Leistungsdurchführung ergeben, in entsprechenden Datensammlungen verarbeitet/archiviert und diese Daten ggf. an die DEVK Gruppenunfallversicherung übermittelt, soweit dies zur Erbringung von Leistungen unabdingbar ist. Einverständnis (Datenerfassung, -speicherung, -übermittlung,- verarbeitung) erteile ich auch ausdrücklich meiner Gewerkschaft, um einen gegenseitigen, notwendigen Datenaustausch zu ermöglichen. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Hinterbliebenen

**B. Vom Anspruchsteller beizubringende Bescheinigungen**

**I. Bescheinigung des Arbeitgebers**

Der/die umseitig Genannte stand zur Zeit des angegebenen Unfalls in unserem Arbeitsverhältnis. Der Unfall ereignete sich während der Dienst-/Arbeitszeit, 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, als Dienst-/Arbeitsunfall behandelt.

Das Monatstabellenentgelt/monatliche Grundgehalt im Unfallmonat betrug Euro

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

**II. Bescheinigung des Arztes oder des Krankenhauses**

a) Art der Verletzung:

b) Dauer der stationären Behandlung:

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

**C. Angaben zur Berechtigung der Inanspruchnahme von Leistungen des Fonds soziale Sicherung (auszufüllen von Ihrer EVG)**

Der Versicherte unterliegt dem persönlichen und sachlichen Geltungsbereich eines mit der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) abgeschlossenen Tarifvertrags zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer (SozialSicherungs-TV).

Der Versicherte ist Mitglied der EVG.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Stempel, Unterschrift