

Interne Angaben	Versicherungsschein-Nummer der DBV	Agentur-Nummer	Schaden-Nummer
------------------------	------------------------------------	----------------	----------------

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter
 Telefon: 0611 / 363-2973
 Telefax: 0221 / 148-23624

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 <input type="checkbox"/> nein	Arbeitgeber (Adresse, Tel.-Nr.)		
	Hat der Versicherte innerhalb von 36 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente, Drogen oder sonstige berauschende Mittel zu sich genommen?			
	<input type="checkbox"/> ja wann?	Art und Menge	Blutprobe <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis
<input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja	%
Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?				
<input type="checkbox"/> ja	Dienststelle	Aktenzeichen	Telefon	
<input type="checkbox"/> nein	zuständige Staatsanwaltschaft		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? ja seit _____ nein

Welche unfallbedingten Beschwerden bestehen noch?



Kfz-Unfall	Hat der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt?	Kennzeichen	Fabrikat	<input type="checkbox"/> Krad	<input type="checkbox"/> Lkw	Anzahl der Insassen
				<input type="checkbox"/> Pkw		
	Hatte der Fahrer zum Unfallzeitpunkt die erforderliche Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Weitere Versicherungen	Ist der Versicherte noch anderweitig versichert? Falls ja, teilen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft, deren Anschrift und die dortige Versicherungsschein-Nummer mit.					
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gesellschaft				
		Anschrift				
		Vericherungsschein-Nummer	Ansprechpartner	Telefon		

Bankverbindung	Auf welches Konto soll eine Leistung überwiesen werden?	Kontonummer	Bankleitzahl
		Geldinstitut	Kontoinhaber

Unterschrift des Anspruchstellers	Ort, Datum	Unterschrift des 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 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 Hauptgeschäftsstelle	Der/Die Verletzte ist Mitglied seit	Beitrag bezahlt bis	Letzter Beitrag	EUR
	Stempel/Unterschrift des zuständigen Fach-/Orts-/Kreisverbandes			
	Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Hauptverbandes		

DBV Deutsche Beamtenversicherung AG
 Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden · Postanschrift: 65171 Wiesbaden
 Ein Unternehmen der AXA Gruppe
 Internet: www.DBV.de
 Sitz der Gesellschaft Wiesbaden · Handelsregister Wiesbaden 21 HR B Nr. 2404
 Sitz der Zweigniederlassung Berlin · Handelsregister Berlin 92 HR B Nr. 593
 USt.-Ident-Nr. DE 122786679
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Peter Heesen
 Vorstand: Dr. Thomas Buberl, Vorsitzender; Rainer Brune,
 Dr. Patrick Dahmen, Wolfgang Hanssmann, Ulrich C. Nießen

