

Unfallversicherung der DPVKOM

SIGNAL IDUNA Gruppe, Unfall erlitten/UE 92350,
44121 Dortmund, E-Mail: leistung.unfall@signal-iduna.de

Sehr geehrtes Mitglied,
bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und ausführlich und senden Sie den Unfallbericht innerhalb von 14 Tagen an die o.g. Leistungsabteilung der SIGNAL IDUNA Gruppe zurück.

Versicherungsnummer/Schadensnummer	
14.035.923/3	Risiko <input type="checkbox"/> 104 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 106 <input type="checkbox"/> 108
Telefon privat/geschäftlich	Telefax/E-Mail

Unfallbericht

1 Unfalldaten		
Unfalltag	Unfallzeit	Unfallort
<input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Berufsunfall		Welche Berufsgenossenschaft?

2 Verletzte Person	
Vor- und Zuname, genaue Anschrift	
Telefonnummer	Geburtsdatum

3 Beruf der verletzten Person	
Berufliche Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt	
Ist die verletzte Person	
a) im Öffentlichen Dienst beschäftigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Mitglied der DPVKOM?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann _____
arbeitslos?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit dem _____
Arbeitet die verletzte Person gelegentlich oder regelmäßig körperlich, z.B. handwerklich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit _____
Oder worin besteht die Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> kaufmännisch <input type="checkbox"/> leitend <input type="checkbox"/> aufsichtsführend
Besteht eine Selbstständigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviele Personen werden beschäftigt? _____

4 Unfallhergang, Zeugen	
Wie ereignete sich der Unfall? Bitte die Ursache und den Hergang ausführlich schildern.	
Hat die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke oder Rauschmittel zu sich genommen?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art und Menge: _____
Ist der verletzten Person eine Blutprobe entnommen worden?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Ergebnis der Blutuntersuchung _____ ‰ Alkoholgehalt
Welche Personen - Namen und Anschriften - waren Zeugen des Unfalls?	

4 Unfallhergang, Zeugen		
Name und Anschrift des Schädigers		
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?	Anschrift und Aktenzeichen	
Falls der Unfall bei der Benutzung eines Kraftfahrzeuges eingetreten ist: <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Insasse	Art des Fahrzeuges	Amtl. Kennzeichen
Anzahl der Insassen	Lag ein gültiger Führerschein vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

5 Verletzungen und Behandlungen		
Welche Verletzungen liegen vor (bitte Körperteile genau bezeichnen)?		
Erstbehandlung am	Datum	Uhrzeit
Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes/Krankenhauses		
Mit- oder weiterbehandelnde Ärzte (Namen, Anschriften und Telefonnummern)		
Vollstationäre Behandlung	vom	bis
Im Krankenhaus (Name)		
Arbeitsunfähigkeit	vom	bis
Behandlung abgeschlossen <input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich am <input type="checkbox"/> ja, am		

6 Gesundheitsfragen zur verletzten Person	
Welche Krankheiten, Gebrechen, Körperschäden bestehen/bestanden?	
Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen oder sind beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ nach Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

7 Weiterer Versicherungsschutz der verletzten Person	
Bei welchen Gesellschaften bestehen/bestanden Unfallversicherungen (Name, Anschrift, Telefon, Aktenzeichen)?	
Wo ist die verletzte Person krankenversichert (Name, Anschrift, Telefon, Aktenzeichen)?	

8 Auszahlung der Versicherungsleistung		
Wie wünschen Sie die Auszahlung? <input type="checkbox"/> auf das der SIGNAL IDUNA Gruppe bekannte Abrufkonto		
auf Kontonummer	Bankleitzahl	Kreditinstitut, PLZ, Ort
Name des Kontoinhabers		

<p>Falschangaben (unwahre oder unvollständige Angaben) führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, wenn Sie vorsätzlich falsche Angaben machen und/oder dem Versicherer dadurch ein Nachteil entsteht. Für den Fall, dass dem Versicherer durch Ihre grob fahrlässigen Falschangaben ein Nachteil entsteht, kann der Versicherer seine Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens kürzen.</p> <p>Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen. Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:</p> <p>1. Invaliditätsleistung/Unfallrente Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität</p> <ul style="list-style-type: none"> ● innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und ● innerhalb von 15 Monaten von Ihnen schriftlich bei uns geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben. 	<p>Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.</p> <p>Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.</p> <p>Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität einen vertraglich geregelten Mindestsatz von 35% bzw. 50% ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass Leistungen aus dem Unfall mit Beitragsrückständen aus für mich bestehenden Versicherungsverträgen bei einer der Konzerngesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe* verrechnet werden.</p> <p>* Die Unfallversicherer der SIGNAL IDUNA Gruppe sind: SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG ADLER Versicherung AG VÖDAG Versicherung für den Öffentlichen Dienst PVAG Polizeiversicherungs-AG</p> <p>Mit dem Unfall in Zusammenhang stehende Daten werden auf Datenträgern gespeichert (Bundesdatenschutzgesetz).</p>
Ort, Datum	Unterschrift der verletzten Person bzw. des Mitglieds