

Name des
Mitgliedes _____
Vorname _____
Anschrift _____
PLZ Ort _____

Geb.-Datum _____
Telefon _____
Ortsverband _____

DPVKOM Bayern - FUF
Geschäftsstelle
Fenitzerstraße 43
90489 Nürnberg



Zur Beachtung:

1. Bitte diese Seite genau und vollständig ausfüllen und vom Verletzten nach Möglichkeit selbst unterschreiben lassen.
2. Auf der Rückseite in jedem Fall Teil II. „Bescheinigung des Arbeitgebers“ ausfüllen und unterschreiben lassen.
3. Wird Krankenhaustagegeld beansprucht, auch Teil III vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen.

I. Angaben des Verletzten

1. a) Wann und wo hat sich der Unfall ereignet? _____
b) Bei welcher Betätigung oder sonstigen Gelegen- Tag, Uhrzeit, Ort
heit hat sich der Unfall ereignet
(z.B. Urlaubsreise, Spazierfahrt, Sportübung,
Besuch einer Veranstaltung usw.)? _____
c) Wie hat sich der Unfall zugetragen? (Schilde-
rung der Ursache und des Herganges,
falls Platz nicht ausreicht, auf besonderem
Blatt.) _____

2. a) Durch welche Polizeidienststelle wurde der
Unfall aufgenommen? _____
b) Lag Alkoholgenuss vor? bitte genaue Bezeichnung
Welche Menge? _____
c) Wurde eine Untersuchung auf Blutalkoholge-
halt vorgenommen? ja nein ggf. Ergebnis _____ ‰

3. a) Hat der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst ge-
lenkt? ja nein ggf. Fahrzeugart: _____
b) Wenn ja, Führerschein Klasse _____ seit _____
Pkw, Lkw, Motorrad, Moped

4. a) Welcher Art ist die Verletzung und welche
Körperteile sind verletzt? _____
b) Befand sich der Verletzte mindestens 48
Stunden in einem Krankenhaus? ja nein ggf. vom _____ bis _____
c) Wie lauten Name und Anschrift des behan-
delnden Arztes? _____
Name und Anschrift des Krankenhauses

5. Besteht für den Verletzten noch eine weitere
Unfallversicherung? ja nein ggf. Versicherungsschein-Nr. und Gesellschaft: _____

6. Die Entschädigung ist auszuzahlen an:
Konto-Nr _____ BLZ _____
Name des Empfängers _____ Bankverbindung _____

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und vollständig gemacht habe. Im übrigen gestatte ich, Anfragen an die Ärzte zu richten, die mich behandeln oder schon behandelt haben, und ermächtige diese Ärzte, ebenso wie die Träger der gesetzlichen Versicherungseinrichtungen bzw. meine Krankenkasse sowie andere private Versicherungsunternehmen, der DPVKOM Bayern auf ihr Verlangen jede Auskunft zu geben.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Verletzten bzw. der/des bezugsberechtigten Hinterbliebenen _____

II. Bescheinigung des Arbeitgebers

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 Arbeitsunfall/Dienstunfall behandelt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

III. Bescheinigung des Arztes oder Krankenhauses

Der/die umseitig Genannte war von der Einlieferung an vom _____ bis _____

in stationärer Krankenhausbehandlung.

Die stationäre Krankenhausbehandlung erfolgte allein wegen des Unfalls vom _____

Art der Verletzung: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses

(Bitte stark umrandetes Feld nicht ausfüllen)

(Eingangsstempel)

Aktenzeichen: FUF _____ Bea AN

Der/die Antragsteller/in ist Mitglied seit: _____

geboren am: _____ Alter _____ Jahre

Letzter Beitrag: _____ € für Monat _____ / 20

TODESFALLENTSCHÄDIGUNG _____ €

INVALIDITÄTSENTSCHÄDIGUNG

Kapitalzahlung Invaliditätsgrad v.H. _____

Invaliditätsentschädigung = 100 % = _____ €

Invaliditätsgrad v.H. _____ von 100 % = _____ €

UNFALL - KRANKENHAUSTAGEGELD

Verweildauer im Krankenhaus: 1. Tag: _____ .20

Entlassungstag: _____ .20

= _____ Tage x _____ € = (Höchstleistung 365 Tage) _____ €

KASSENANWEISUNG

Die Freizeitunfall - Entschädigung aus _____ in Höhe _____ € und _____ €

zusammen _____ € ist als Kapitalzahlung zu zahlen.

Nürnberg, den _____ .20

Unterschrift

Prüfer

Gebucht unter Nr. _____