

Interne Angaben

Versicherungsschein-Nummer der DBV

Agentur-Nummer

Schaden-Nummer

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter

Telefon: 0611 / 363-14391

Telefax: 0221 / 148-11376

Bitte zurücksenden an:

**Hinweise für den
Anspruchsteller**

Bitte unterstützen Sie uns bei der schnellstmöglichen Bearbeitung Ihrer Unfallmeldung, indem Sie

- Teil I genau und vollständig ausfüllen und möglichst eigenhändig unterschreiben;
- auf der Rückseite Teil II von Ihrer Dienststelle bestätigen lassen
- im Falle eines Krankenhaus(tage)geldanspruchs auch Teil III vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen
- 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 ver-
sicherten 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
<input type="checkbox"/> nein		Blutprobe <input type="checkbox"/> nein Ergebnis <input type="checkbox"/> ja %
Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?		
<input type="checkbox"/> ja	Dienststelle	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein		Telefon
	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				
		Versicherungsschein-Nummer	Ansprechpartner	Telefon		
Bankverbindung	Auf welches Konto soll eine Leistung überwiesen werden?	IBAN / Kontonummer	BIC / 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	DJG Deutsche Justiz-Gewerkschaft LV Schleswig-Holstein e. V.				
	Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Hauptverbandes				



DBV Deutsche Beamtenversicherung
Zweigniederlassung der AXA Versicherung AG

Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden
Postanschrift: Postfach 92 03 01, 51153 Köln
Internet: www.DBV.de
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister HR B Nr. 21298
USt-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuernr.: 9116/810/00242
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Thomas Buberl;
Vorstand: Dr. Alexander Vollert, Vorsitzender;
Dr. Andrea van Aubel, Thierry Daucourt, Jens Hasselbacher,
Frank Hüppelshäuser, Dr. Nils Kaschner, Jens Warkentin.



Einwilligung zur Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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 uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten durch Ankreuzen (nicht beides auswählen):

Möglichkeit I:

(Bitte ankreuzen, wenn Sie Nachfolgendes wünschen)

Ich willige ein, dass die DBV Deutsche Beamtenversicherung Zweigniederlassung der AXA Versicherung AG, nachfolgend DBV Vers. ZN der AXA Vers. genannt – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt, verarbeitet und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die DBV Vers. ZN der AXA Vers. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten durch die DBV Vers. ZN der AXA Vers. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die DBV Vers. ZN der AXA Vers. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

ODER

Möglichkeit II:

(Bitte ankreuzen, wenn Sie diese Variante wünschen)

Ich wünsche, dass mich die DBV Vers. ZN der AXA Vers. informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung, Verarbeitung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten durch die DBV Vers. ZN der AXA Vers. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten an die DBV Vers. ZN der AXA Vers. einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die DBV Vers. ZN der AXA Vers. konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorwiegend unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und Übertragung von Aufgaben auf andere Unternehmen/Personen

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Wenn erforderlich, übertragen wir die Leistungsfallbearbeitung an eine andere Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Eine Liste derer kann im Internet unter www.axa.de/datenschutz eingesehen werden. Für die Weitergabe, die Verwendung und die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der Liste genannten Gesellschaften und Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DBV Vers. ZN der AXA Vers. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, andere Gesellschaften der AXA-Gruppe oder weitere in der Liste genannten Stellen übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die DBV Vers. ZN der AXA Vers. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die DBV Vers. ZN der AXA Vers. und für die in der Liste aufgeführten Gesellschaften und Stellen tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die DBV Vers. ZN der AXA Vers. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir haben Sie im Antragsformular auch darauf hingewiesen, dass es dazu kommen kann, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützten Informationen über Ihren Vertrag darstellen, dem Sie betreuenden Versicherungsvermittler – soweit erforderlich – zur Kenntnis gegeben werden können. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat wird auch im Rahmen der Leistungsfallbearbeitung über den Bearbeitungsstand informiert. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die die DBV Vers. ZN der AXA Vers. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten im Rahmen der Leistungsfallprüfung – soweit erforderlich – dem für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler zur Kenntnis übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Unterschrift versicherte Person (frühestens ab Alter 16), sonst gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Sie können Auskunft über die beim Unternehmen über Ihre Person gespeicherten Daten verlangen. Eine Auskunft kann nur unterbleiben, wenn sie die Geschäftszwecke des Unternehmens erheblich gefährden würde.

