Unfallanzeige zur Freizeit-Gruppen-Unfallversicherung



Interne Angaben	Versicherungsschein-Nummer der Allianz	Agenturnummer	Schaden-Nummer
	AS-1784095787	40/524/1003	

Bitte zurücksenden an:

Gewerkschaft der Sozialversicherung Müldorfer Str. 23 53229 Bonn

Hinweise für den Anspruchsteller

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

- 1. Teil I genau und vollständig ausfüllen und möglichst eigenständig unterschreiben;
- 2. auf der Rückseite Teil II von Ihrer Dienststelle bestätigen lassen;
- 3. im Falle eines Krankenhaus(tage)geldanspruchs auch Teil III vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen;
- 4. diese ausgefertigte Unfallmeldung nur an die GdS-Bundesgeschäftsstelle zurücksenden. Von dort erfolgt die Bestätigung zu Teil IV;
- 5. die Auszahlung erfolgt von der Versicherung.

An	gab	en zur versicherten Person										
Name, Vorname: Anschrift: Dienststelle:		t:			GdS-Mitgliedsnr.: Beruf: Geburtsdatum: Telefon-Nr.: E-Mail:							
— I. <i>F</i>	nga	aben zum Unfallereignis									_	
1.	a)	Wann und wo hat sich der Unfall ereignet? (Tag, Uhrzeit, Ort)										
	b)	Bei welcher Tätigkeit?										
	c)	Wie hat sich der Unfall zugetragen? (Ausführliche Schilderung, ggf. gesondertes Blatt)										
2.	,	Hat der Versicherte innerhalb von 36 Std. vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Drogen zu sich genommen? Wenn ja, wann, welche Menge und welche Art?	□ ja	nein							%	
	b)	Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?	□ ja	nein	Aktenzeichen:							
		Wenn ja, wurde eine Blutprobe entnommen?	□ ja	nein	Ergebnis:							
		Zuständige Staatsanwaltschaft:			Aktenzeichen:							
3.		Handelte es sich um einen Verkehrsunfall? Wenn ja, hat der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt?	□ ja □ ja	☐ nein	Fahrzeugart:							
			Führerscheinklasse:									
4.	a)	Welcher Art ist die Verletzung und welche Körperteile sind von Befand sich der Verletzte in einem Krankenhaus?	erletzt _	nein								
	b)	Wenn ja, von wann bis wann?			bis		Ш					
	c)	Wie lauten Name und Anschrift des behandelnden Arztes?										

5.	Besteht für den Verletzten eine weitere Unfallversi	icherung?	□ ja	nein nein	nein		
		Ver	siche	rungsnummer	Versicherung	gsgesellschaft	
6.	Auf welches Konto soll eine Leistung überwiesen	werden?					
	IBAN				BIC		
	Geldinstitut			Kontoinhaber			
	schrift des uchstellers						
	Ort/Datum	_		Unterschrift des Anspruchstel	llers		
II. Bes	scheinigung der Dienststelle						
dem W	umseitig Genannte stand zur Zeit des angegebener eg vom oder zum Arbeitsplatz und wird von uns aucl eamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften auslöser	h aus andere	n Gri	ünden, die eine Leistungspflicht			
Ort/Datu	um			Stempel und Unterschrift de	r Dienststelle		
III Bo	scheinigung des Arztes oder des Krank	ronhauso	S /m	a von diagona overställen)			
vom Art der	Verletzung:						
Ort/Date	um			Stempel und Unterschrift des	s Arztes oder Krani	venhauses	
IV. An	gaben der GdS-Bundesgeschäftsstelle						
GdS-Mi	tglied seit:			durchschnittlicher M	onatsbeitrag:	EUR	
Ort/Dat	um			Unterschrift			
V. An	gaben der Versicherung						
1. Uni	fall-Krankenhaustagegeld:	EUR	Χ	(max. 30 Tage)	<u>age</u> =	EUR	
2. Inv	raliditätsentschädigung:				_ = _	EUR	
3. Too	desfallentschädigung:	EUR	X	200	_ = _	EUR	
Ort/Date	um			Unterschrift			