GPV Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen

zur Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem PflegeVG vom 26.5.1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Ihr Ansprechpartner für Ihre Pflegeversicherung: HMM Best in eHealth

Absender

Versicherungsnummer

0220240

Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
Postfach 1303
15203 Frankfurt

Unfallmeldung

Bei mehreren verletzten Personen oder mehreren Unfallgegnern ergänzen Sie bitte die notwendigen Daten am Formularende im Bereich „weitere Beteiligte“.
(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, bei Fragen wenden Sie sich bitte per Telefon: 0221 84598959 oder E-Mail: service@gpv-pflege.de an uns)

Persönliche Daten der verletzten Person, die bei der GPV versichert ist.

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Geburtsdatum

Angaben zum Unfallzeitpunkt

Datum

Uhrzeit :

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Angaben zur Verletzung

Körperteil und Art der Verletzung z.B. Bisswunde am Bein, Prellung des Handgelenks o.ä.)

Die Verletzung ist Folge einer Erkrankung

☐ Ja
☐ Nein

Angaben zur Unfallart:

Meines Erachtens ist das Ereignis einzuordnen als (*auch Hin- und Rückweg)

☐ Unfall während der Dienst-/Arbeitszeit
☐ Unfall während einer entgeltlichen Nebentätigkeit
☐ Unfall während einer ehrenamtlichen Nebentätigkeit
☐ Unfall während einer landwirtschaftlichen Tätigkeit
☐ Unfall durch Bodenglätte
☐ Unfall während des Besuchs des Kindergartens, der Schule, Hochschule *
☐ Unfall durch Tiere
☐ Verkehrsunfall (außerdienstlich)
☐ Unfall während der Anwesenheit einer (ambulanten) Pflegekraft
☐ Unfall während Sport und Spiel (außerhalb Dienst- bzw. Schulsport)
☐ Unfall während einer Hilfeleistung (Gefälligkeitshilfe, Selbsthilfe beim Eigenheimbau)
☐ Schlägerei, Überfall, Angriff
☐ Sonstiger Unfall

Wurde der Unfall dem Dienstherrn, einer Berufsgenossenschaft oder einer gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet?

☐ Ja
☐ Nein

Aktenzeichen

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Name des Versicherungsträgers

Angaben zur Unfallstelle

z.B. Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Stockwerk, Außenbereich, Bundesautobahn (Kilometerstein), öffentliches Verkehrsmittel o.ä.

Beschreibung des Unfallhergangs

Kurze Darstellung der zum Unfallzeitpunkt ausgeübten Tätigkeit, des Unfallhergangs und der Unfallursache

Angaben über ärztliche Leistungen

Ich habe bereits Aufwendungen bei der GPV und Beihilfe geltend gemacht, die mit dem Unfall in Zusammenhang stehen.

☐ Ja
☐ Nein

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Die Unfallbehandlung ist zwischenzeitlich abgeschlossen.

☐ Ja, am

☐ Nein

Ambulante ärztliche Behandlung (Angaben zur behandelnden ärztlichen Person)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Stationäre Behandlung (Angaben zum Krankenhaus)

Name

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Krankentransport (Angaben zum Transportunternehmen)

Name

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Ort

Land

Arznei- und Verbandmittel

Name des Arznei-/Verbandmittels

Angaben zur Apotheke

Name

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Angaben zum Unfallgegner

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Angaben zur Haftpflichtversicherung des Unfallgegners

Name

Straße

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Versicherungs- oder Schaden-Nr.

Ergänzende Angaben

Bei mehreren verletzten Personen oder mehreren Unfallgegnern ergänzen Sie bitte die notwendigen Daten am Formularende im Bereich weitere Beteiligte

Der Unfall wurde von der Polizei aufgenommen.

☐ Ja

☐ Nein

Dienststelle

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Tagebuch-Nr.

Angaben zu Zeugen

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Werden Sie anwaltlich vertreten?

☐ Ja
☐ Nein

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Angaben bei einem Unfall im Straßenverkehr

Bei mehreren verletzten Personen oder mehreren Unfallgegnern ergänzen Sie bitte die notwendigen Daten am Formularende im Bereich weitere Beteiligte

Die verletzte Person (versichert bei der GPV) war wie folgt am Unfall beteiligt

☐ Auto-/Motorradfahrer
☐ Radfahrer
☐ Mofa-/Mopedfahrer
☐ Fußgänger
☐ Insasse oder Beifahrer
☐ Fahrgast öffentliche Verkehrsmittel bzw. Bus, Bahn

Angaben zum eigenen Fahrzeug und dessen Nutzer (Angaben zu Fahrer/Halter)

Name

Vorname

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Kfz-Kennzeichen

Der Unfallgegner war wie folgt am Unfall beteiligt

- ☐ Auto-/Motorradfahrer
- ☐ Radfahrer
- ☐ Mofa-/Mopedfahrer
- ☐ Fußgänger
- ☐ Insasse oder Beifahrer
- ☐ Fahrgast öffentliche Verkehrsmittel bzw. Bus, Bahn

Angaben zum Fahrzeug des Unfallgegners und dessen Nutzer (Angaben zu Fahrer/Halter)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Kfz-Kennzeichen

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Weitere beteiligte Personen

Folgende Personen waren am Unfall beteiligt (z.B. weiterer Unfallgegner oder Zeuge).

Sonstige Angaben

Diesen Platz haben wir für Sie reserviert. Hier können Sie z.B. eine Unfallskizze anfertigen oder Angaben machen, welche aus Ihrer Sicht wichtig für die Bearbeitung des Schadenfalles sind.

Hinweis bei Regressansprüchen: Sollte Ihnen vom Schadenverursacher eine vergleichsweise Regelung angeboten werden, verzichten Sie bitte nicht auf Ihre Ansprüche ohne Rückfrage bei uns.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie in unseren Datenschutzhinweisen unter https://www.gpv-pflege.de/datenschutz entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person bzw. bevollmächtigte Person

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden