

Kurzinformation zur Freizeit-Unfallversicherung

Längerer Urlaub und kürzere Arbeitszeit bringen mehr Freizeit. Mehr Freizeit heißt aber auch mehr Unfälle, ob auf der Urlaubsfahrt, beim Bergsteigen, beim Skilaufen oder beim Schwimmen.

1. Antragsvoraussetzungen für die Freizeit-Unfallversicherung:

Für das Mitglied muss

- eine mindestens zwölfmonatige Mitgliedschaft in der IG BCE bzw. vorher in einer anerkannten Einzelgewerkschaft bestehen,
- eine satzungsgemäße Beitragszahlung gewährleistet sein und
- es darf kein Beitragsrückstand von mehr als zwei Monaten bestehen.

2. Umfang des Versicherungsschutzes

Versichert ist jeder Unfall, der sich während der Freizeit, also außerhalb des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte ereignet und der mindestens einen 48-stündigen (an drei Kalendertagen) Krankenhausaufenthalt verursacht oder eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Invalidität) befürchten lässt oder den Tod zur Folge hat.

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Die Benutzung von Flugzeugen bei Reise- und Rundflügen ist mitversichert.

3. Leistungen der Freizeit-Unfallversicherung

a) Unfall-Krankenausgeld

Ein Unfall-Krankenausgeld wird für jeden Freizeitunfall mit der Folge eines stationären Krankenhausaufenthaltes in Höhe des 30fachen Monatsbeitrags als einmalige Entschädigung gewährt. Höchstens dürfen jedoch 52,00 € pro Tag der stationären Behandlung gezahlt werden.

Voraussetzung für die Zahlung des Krankenausgeldes ist, dass das Mitglied wegen eines außerberuflichen Unfalls mindestens 48 Stunden (an drei Kalendertagen, da Aufnahme- und Entlassungstag jeweils als ein Kalendertag gerechnet werden) in einem Krankenhaus Aufnahme gefunden hat.

Ein Krankenausgeld wird **nicht** bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Kuranstalten und Heilstätten gezahlt.

b) Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung wird in Höhe des 500fachen Monatsbeitrages – mindestens aber 1.280,00 € – als einmalige Entschädigung bei Ganzinvalidität gewährt; bei Teilinvalidität von mindestens 20 % der dem Grad der Invalidität entsprechende Teil.

Ansprüche auf Invaliditätsleistung müssen durch Vorlage eines ärztlichen Gutachtens begründet sein.

Für Rentner, die nicht mehr in Arbeit stehen und Rentnerbeiträge zahlen, ist eine Invaliditätsleistung ausgeschlossen. (Ausnahme: Rentner, die in einem Arbeitsverhältnis stehen und Vollbeiträge entrichten)

c) Todesfalleistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe des 200fachen Monatsbeitrages des Mitgliedes gewährt.

Als Monatsbeitrag gilt der Durchschnittsbeitrag, der sich aus den letzten zwölf Monaten ergibt.

4. Einschränkende Merkmale

- a) Während einer beitragsfreien Zeit ruht der Versicherungsschutz (z.B. Wehr-/ Zivildienst, Bezug Erziehungsgeld). Der Versicherungsschutz kann bei entsprechender Beitragszahlung auch aufrecht erhalten werden.
- b) Wird die Todesfalleistung aus der Freizeit-Unfallversicherung gewährt, besteht kein Anspruch mehr auf Hinterbliebenenbeihilfe.
- c) Risiko-Sportarten wie z. B. Fallschirmspringen sind nicht versichert.

5. Beantragung von Versicherungsleistungen

Die Beantragung von Versicherungsleistungen muss immer über die zuständige Bezirksleitung vorgenommen werden.

Zur Beantragung von Versicherungsleistungen liegen zwei Formulare bei

- a) Unfallmeldung
- b) Bericht über den Unfalltod

Die erforderlichen Formulare sind in der zuständigen Bezirksleitung abzufordern.

Jeder Unfall, den ein Mitglied meldet und der voraussichtlich eine Entschädigungspflicht herbeiführt, ist mit dem Vordruck »Unfallmeldung zur Freizeit-Unfallversicherung« zu erfassen.

Bei Todesfällen ist außerdem der Vordruck »Bericht über den Unfalltod« zu verwenden.

Der Vordruck »Unfallmeldung« ist vom Verletzten bzw. seinem Beauftragten nur auf der Vorderseite auszufüllen und zu unterschreiben. Wegen Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht soll die Unterschrift, wenn irgend möglich, vom Verletzten selbst geleistet werden, im Todesfall von den berechtigten Hinterbliebenen. Die Angaben sind genau und vollständig zu machen.

Auf der Rückseite der Unfallmeldung ist in jedem Fall Teil II »Bescheinigung des Arbeitgebers« vom Arbeitgeber zu unterschreiben.

Falls Unfall-Krankenhausgeld beansprucht wird, muss auch Teil III »Bescheinigung des Arztes oder Krankenhauses« ausgefüllt werden.

Bei Todesfällen ist von den Hinterbliebenen des Mitgliedes außer vorbezeichneten Unterlagen die Sterbeurkunde einzureichen.

Mit dem vollständig ausgefüllten Formular ist der gültige Mitgliedsausweis des verletzten oder verstorbenen Mitgliedes dem Bezirk vorzulegen.

Als Anlage liegt eine Übersicht der Leistungen aus der Freizeit-Unfallversicherung nach der Beitragshöhe gestaffelt – bei.

Leistungen der Freizeit-Unfallversicherung

Monatsbeitrag	Unfall- Krankenhausgeld Höchstsatz	Invaliditäts- leistung (bei 100 % Invalidität)	Todesfall- leistung
€	€	€	€
bis			
2,50	75,00	1.250,00	500,00
3,00	90,00	1.500,00	600,00
3,50	105,00	1.750,00	700,00
4,00	120,00	2.000,00	800,00
4,50	135,00	2.250,00	900,00
5,00	150,00	2.500,00	1.000,00
5,50	165,00	2.750,00	1.100,00
6,00	180,00	3.000,00	1.200,00
6,50	195,00	3.250,00	1.300,00
7,00	210,00	3.500,00	1.400,00
7,50	225,00	3.750,00	1.500,00
8,00	240,00	4.000,00	1.600,00
8,50	255,00	4.250,00	1.700,00
9,00	270,00	4.500,00	1.800,00
9,50	285,00	4.750,00	1.900,00
10,00	300,00	5.000,00	2.000,00
10,50	315,00	5.250,00	2.100,00
11,00	330,00	5.500,00	2.200,00
11,50	345,00	5.750,00	2.300,00
12,00	360,00	6.000,00	2.400,00
12,50	375,00	6.250,00	2.500,00
13,00	390,00	6.500,00	2.600,00
13,50	405,00	6.750,00	2.700,00
14,00	420,00	7.000,00	2.800,00
14,50	435,00	7.250,00	2.900,00
15,00	450,00	7.500,00	3.000,00
15,50	465,00	7.750,00	3.100,00
16,00	480,00	8.000,00	3.200,00
16,50	495,00	8.250,00	3.300,00
17,00	510,00	8.500,00	3.400,00
17,50	525,00	8.750,00	3.500,00
18,00	540,00	9.000,00	3.600,00
18,50	555,00	9.250,00	3.700,00
19,00	570,00	9.500,00	3.800,00
19,50	585,00	9.750,00	3.900,00

Monatsbeitrag	Unfall- Krankenhausgeld Höchstsatz	Invaliditäts- leistung (bei 100 % Invalidität)	Todesfall- leistung
€	€	€	€
20,00	600,00	10.000,00	4.000,00
20,50	615,00	10.250,00	4.100,00
21,00	630,00	10.500,00	4.200,00
21,50	645,00	10.750,00	4.300,00
22,00	660,00	11.000,00	4.400,00
22,50	675,00	11.250,00	4.500,00
23,00	690,00	11.500,00	4.600,00
23,50	705,00	11.750,00	4.700,00
24,00	720,00	12.000,00	4.800,00
24,50	735,00	12.250,00	4.900,00
25,00	750,00	12.500,00	5.000,00
25,50	765,00	12.750,00	5.100,00
26,00	780,00	13.000,00	5.200,00
26,50	795,00	13.250,00	5.300,00
27,00	810,00	13.500,00	5.400,00
27,50	825,00	13.750,00	5.500,00
28,00	840,00	14.000,00	5.600,00
28,50	855,00	14.250,00	5.700,00
29,00	870,00	14.500,00	5.800,00
29,50	885,00	14.750,00	5.900,00
30,00	900,00	15.000,00	6.000,00
30,50	915,00	15.250,00	6.100,00
31,00	930,00	15.500,00	6.200,00
31,50	945,00	15.750,00	6.300,00
32,00	960,00	16.000,00	6.400,00
32,50	975,00	16.250,00	6.500,00
33,00	990,00	16.500,00	6.600,00
33,50	1.005,00	16.750,00	6.700,00
34,00	1.020,00	17.000,00	6.800,00
34,50	1.035,00	17.250,00	6.900,00
35,00	1.050,00	17.500,00	7.000,00
35,50	1.065,00	17.750,00	7.100,00
36,00	1.080,00	18.000,00	7.200,00
36,50	1.095,00	18.250,00	7.300,00
37,00	1.110,00	18.500,00	7.400,00
37,50	1.125,00	18.750,00	7.500,00
38,00	1.140,00	19.000,00	7.600,00
38,50	1.155,00	19.250,00	7.700,00
39,00	1.170,00	19.500,00	7.800,00
39,50	1.185,00	19.750,00	7.900,00
40,00	1.200,00	20.000,00	8.000,00
40,50	1.215,00	20.250,00	8.100,00
41,00	1.230,00	20.500,00	8.200,00
41,50	1.245,00	20.750,00	8.300,00

Monatsbeitrag	Unfall- Krankenhausgeld Höchstsatz	Invaliditäts- leistung (bei 100 % Invalidität)	Todesfall- leistung
€	€	€	€
42,00	1.260,00	21.000,00	8.400,00
42,50	1.275,00	21.250,00	8.500,00
43,00	1.290,00	21.500,00	8.600,00
43,50	1.305,00	21.750,00	8.700,00
44,00	1.320,00	22.000,00	8.800,00
44,50	1.335,00	22.250,00	8.900,00
45,00	1.350,00	22.500,00	9.000,00
45,50	1.365,00	22.750,00	9.100,00
46,00	1.380,00	23.000,00	9.200,00
46,50	1.395,00	23.250,00	9.300,00
47,00	1.410,00	23.500,00	9.400,00
47,50	1.425,00	23.750,00	9.500,00
48,00	1.440,00	24.000,00	9.600,00
48,50	1.455,00	24.250,00	9.700,00
49,00	1.470,00	24.500,00	9.800,00
49,50	1.485,00	24.750,00	9.900,00
50,00	1.500,00	25.000,00	10.000,00

Bei höheren Beiträgen entwickelt sich die Leistungstabelle entsprechend weiter.

Unfallmeldung zur Freizeit-Unfallversicherung

An
Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie
Bezirksleitung

Schlüssel-Nr.



Volksfürsorge
Deutsche Sachversicherung AG

Straße Nr.

Postleitz. Ort

(Stempel mit Anschrift)

Schadenjahr

Unfall-Schaden Nr.

Nicht ausfüllen

Zur Beachtung:

- Bitte diese Seite genau und vollständig ausfüllen und vom Verletzten nach Möglichkeit **selbst** unterschreiben lassen.
- Auf der Rückseite in **jedem Fall** Teil II „Bescheinigung des Arbeitgebers“ unterschreiben lassen.
- Wird Krankengeld beansprucht, auch Teil III vom Arzt oder Krankenhaus ausfüllen und unterschreiben lassen.
- Teil IV Ziff. 1. und 2. muß in jedem Fall von der zuständigen Bezirksleitung ausgefüllt werden.
- Im Todesfall zusätzlich den Vordruck „Bericht über den Unfalltod“ ausfüllen lassen.

Wichtiger Hinweis! Das ausgefüllte Formular bitte **nur** an die zuständige Bezirksleitung der Gewerkschaft zurücksenden.

Name des Mitgliedes: (Familienname, Vorname) b.-Datum:

Anschrift: (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort) Mitglieds-Nr.:

Bankverbindung: (Kontoinhaber, Bankleitzahl, Konto-Nr., Bankinstitut) Telefon-Nr. des Mitgliedes:

Beschäftigt bei (z. Z. des Unfalles): (Name und Anschrift des Arbeitgebers)

I. Angaben der/des Verletzten

1. a) Genaues Unfalldatum (Tag, Monat, Jahr, Uhrzeit) und Unfallort	1. a) <input type="text"/>	Unfallort <input type="text"/>
b) Tätigkeit oder Verrichtung zur Unfallzeit	b) <input type="text"/>	
c) Auf welche Ursache ist der Unfall zurückzuführen?	c) <input type="text"/>	
d) Wie war der nähere Hergang? (Bitte ggf. ein Zusatzblatt benutzen)	<input type="text"/>	
2.a) Durch welche Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen? (bitte genaue Anschrift mit Postleitzahl)		
b) Wurde eine Untersuchung auf Blutalkoholgehalt vorgenommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Ergebnis: <input type="text"/> %
3.a) Hat die/der Verletzte ein Kraftfahrzeug selbst gelenkt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Fahrzeugart: <input type="text"/> (Pkw, Lkw, Motorrad, Moped, Mofa)
b) Wenn ja, Führerschein Klasse: <input type="text"/>	seit: <input type="text"/>	
4.a) Welcher Art ist die Verletzung und welche Körperteile sind verletzt?		
b) Befand sich die/der Verletzte mindestens 48 Stunden in einem Krankenhaus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>
c) Wie lauten Name und Anschrift des behandelnden Arztes?	(Name und Anschrift des Krankenhauses) <input type="text"/>	
5.a) Bestehen noch weitere Unfallversicherungen? oder Lebensversicherungen (bei Todesfällen)?		
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	(Diese Fragen dienen nur einer gleichlautenden Bearbeitung des Schadenfalles, sind also ohne Einfluß auf die Leistung.)
b) Bei welcher Gesellschaft (auch Volksfürsorge)?	<input type="text"/>	
c) Wie lauten die Versicherungsnummern?	<input type="text"/>	

Ich erkläre hiermit, daß ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und vollständig gemacht habe. Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden — mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern — ; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

II. Bescheinigung des Arbeitgebers, der Dienststelle, Schule oder bei stationärer Heilbehandlung (z. B. auch Kur) der Klinik

Der Unfall des/der umseitig Genannten wurde bisher nicht von uns der Berufsgenossenschaft bzw. der sonst zuständigen Dienststelle gemeldet, weil es sich nach unserer Kenntnis nicht um einen Arbeits-, Dienst- oder Schulunfall im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB VII) bzw. des Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetzes handelt.

(Ort) (Datum) (Stempel und Unterschrift der zuständigen Stelle, z. B. Arbeitgeber)

III. Bescheinigung des Arztes oder Krankenhauses

Der Verletzte selbst darf hier keine Eintragungen vornehmen!

Ich bestätige hiermit, daß der/die umseitig Genannte **allein/überwiegend wegen des auf der Vorderseite geschilderten Unfalles** mindestens 48 Stunden (3 Tage) in vollstationärer Heilbehandlung war, und zwar vom _____ bis _____ (Daten dürfen nur vom Arzt eingesetzt werden).

Art der Verletzung: _____

(Ort) (Datum) (Stempel und Unterschrift des Arztes oder Krankenhauses)

IV. Angaben der Bezirksleitung der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie

1. Die/der Verletzte ist Gewerkschaftsmitglied seit: _____ Beitrag bezahlt bis: _____ Letzter Beitrag € _____

2. Die letzten 12 vor dem Unfall vom _____ anzurechnende Monatsbeiträge betragen:

tatsächlich geleistet	hochzurechnen*
_____ Beiträge à € _____	€ _____ = € _____
_____ Beiträge à € _____	€ _____ = € _____
_____ Beiträge à € _____	€ _____ = € _____
_____ Beiträge à € _____	€ _____ = € _____
_____ Beiträge mit zusammen	€ _____ : 12 = € _____

aufgerundet auf volle 0,10 € _____

* gezahlte Monatsbeiträge unter € _____ auf _____ hochzurechnen.

3. Unfall-Krankenhausgeld

Verweildauer im Krankenhaus
_____ Tage x 52, höchstens _____
durchschnittlicher Monatsbeitrag € _____ x 30

Unfall-Krankenhausgeld € _____
zuzüglich Attestkosten für ärztliche Bescheinigung € _____

Gesamt € _____

4. Todesfallleistung

€ _____ x 200 = € _____

zuzüglich Attestkosten für ärztliche Bescheinigung € _____

Gesamt € _____

(Ort) (Datum) (Stempel und Unterschrift der Bezirksleitung)

V. Erklärung der/des Verletzten bzw. der/des bezugsberechtigten Hinterbliebenen

Ich/wir erkläre(n) mich/uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung an

Herrn/Frau _____

als meinen/unseren Bevollmächtigten einverstanden.

(Datum) (Unterschrift der/des Verletzten bzw. der/des bezugsberechtigten Hinterbliebenen)

Die Versicherungsleistung aus der Freizeit-Unfallversicherung in Höhe von € _____

wird auf das Konto Nr. _____

bei _____
überwiesen.

Bericht über den Unfalltod zur Freizeit-Unfallversicherung



An

Straße _____ Nr. _____

--	--	--	--

Postleitzahl _____ Ort _____ (Stempel mit Anschrift)

--

Vor Ausgabe des Formulars bitte Namen der Gewerkschaft und genaue Anschrift der Verwaltungsstelle einsetzen! (Stempel mit Anschrift)

Unfall-Schaden-Nr.
(Nicht ausfüllen!)

Wichtiger Hinweis! Das ausgefüllte Formular bitte nur an die vorgenannte Verwaltungsstelle der Gewerkschaft zurücksenden.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Mitgliedsausweis-Nr.: _____

I. Bericht der Polizeidienststelle

1. Wann und wo hat sich der Unfall ereignet?
(Ort, Tag und Stunde)

a) Im Straßenverkehr als Fußgänger, Radfahrer oder mit einem Kraftfahrzeug?
(Moped-, Krad-, Pkw-, Lkw-Fahrer oder Mitfahrer)

b) oder wo sonst?

c) was war die Unfallursache und wie war der Hergang?
(Bitte kurz schildern)

2. Hatte der Verunglückte (falls Fahrzeuglenker) die erforderlichen Führerschein- und Fahrzeugbesitznachweise?

3. a) Stand der Verunglückte zur Zeit des Unfalls unter Alkoholeinfluß?

b) Wurde eine Blutprobe entnommen? Wie hoch war der Blutalkoholgehalt? (‰-Satz)

4. Welcher Arzt hat den Tod festgestellt?
(Name und Anschrift des Arztes oder Klinik)

5. An welche Staatsanwaltschaft wurde der Vorgang weitergeleitet?

Aktenzeichen der Straf-, Ermittlungsakte?

Ort _____, den _____ 20 ____

(Unterschrift, Dienststempel und Anschrift der Dienststelle)

KGM 74

U. Schd. 0070 11,93

Ärztlicher Bericht siehe Rückseite

II. Ärztlicher Bericht

(desjenigen Arztes, der den Tod festgestellt hat)

Wichtiger Hinweis! Das ausgefüllte Formular bitte **nur** an die umseitig genannte Verwaltungsstelle der Gewerkschaft zurücksenden.

1. Art der Verletzung?

2. Todesursache?

3. Besteht Verdacht auf **Selbsttötung**?

4. Wurde der Unfall
a) durch einen Schlag- oder Krampfanfall verursacht?
b) durch eine (auch alkoholbedingte)
Geistes- oder Bewußtseinsstörung verursacht?

5. a) Stand der Verunglückte unter Alkohol-
einfluß und in welchem Grad?

b) Wurde eine Blutalkoholprobe entnommen
und mit welchem Ergebnis?

6. a) Ist das Ableben mit Sicherheit auf das
angeschuldigte Unfallereignis zurückzuführen?

b) Oder haben an der Herbeiführung des Todes
Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt,
gegebenfalls welche und zu wieviel Prozent?

7. Erfolgte eine Leichenöffnung?
In welchem Institut?

Ort _____, den _____ 20 ____

(Stempel und Unterschrift des Arztes)