

Dienstherr (Mitglied):

Formblatt Nr. 21

Anzeige eines Dienstunfalles

(Vom Mitglied auszufüllen)

Mitgliedsnummer

Angemeldetenummer

Zuname

Vorname

Bayerische Versorgungskammer
Bayerischer Versorgungsverband
Postfach 81 02 07
81901 München

ALLGEMEINE ANGABEN

Zeitpunkt des Dienstunfalles

(Ort, Datum und Uhrzeit)

Zeitpunkt der Unfallmeldung an den Dienstherrn

(Tag und Uhrzeit)

Vom Dienstherrn als Dienstunfall anerkannt

am

_____, den _____

Sachbearbeiter:

(Telefon)

G 113/1 - 05.14

ANLAGEN

Anlage zum Formblatt Nr. 21

Formblatt Nr. 22

(ärztliches Zeugnis)

*Hinweis: Ohne Vorlage des Formblattes
Nr. 22 ist uns keine Kostenerstattung/
Anerkennung möglich*

Kostenrechnungen

(Anzahl _____)

amtsärztliches Zeugnis

(nur bei Unfallausgleich)

Abtretungserklärung

nach Formblatt Nr. 23

(Unterschrift)

(Name)

(E-Mail)

Anlage zum Formblatt Nr. 21
(Vom Mitglied auszufüllen)

Mitgliedsnummer

Angemeldetenummer

Angaben zum Dienstunfall

1. **Angaben zum Unfallereignis**

Ausführliche Unfallschilderung (Ursache und Hergang des Unfalles, Art der dienstlichen Verrichtung, ggf. Beiblatt oder Skizze beifügen)

Hat bei der Entstehung des Körperschadens ein früherer Schaden (Dienst- oder Privatunfall) oder ein anlagebedingtes Leiden mitgewirkt?

Ja

Nein

2. **Zeugen des Unfalles**

(Name und Anschrift; Zeugenaussagen oder –vernehmung ggf. auf gesondertem Blatt)

3. **Art der Verletzung**

Welcher Art ist die Verletzung?

Hat der Unfall den Tod des Verletzten zur Folge?(¹)

Ja

Nein

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Beginn der ärztlichen Behandlung:

¹ Der Versorgungsfall ist mit dem Formblatt Nr. 4 anzuzeigen.

4. **Niederschrift der Dienststelle (darf nur von der Dienststelle ausgefüllt werden!)**

Gemäß Art. 47 Abs. 3 BayBeamtVG hat der Dienstvorgesetzte jeden Unfall, der ihm von Amts wegen oder durch Meldung der Beteiligten bekannt wird, sofort zu untersuchen und über das Ergebnis eine Niederschrift anzufertigen.

4.1 Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter befand sich zum Unfallzeitpunkt

- im Dienst und hat sich während der Verrichtung einer dienstlichen Tätigkeit verletzt
- auf dem direkten Weg zur Dienststelle
 lt. Angabe der Beamtin bzw. des Beamten
- auf dem direkten Weg von der Dienststelle zur Wohnung
 lt. Angabe der Beamtin bzw. des Beamten
 Dienstende lt. Stempelkarte _____ Uhr
- in der (Mittags-)Pause und innerhalb des in der Arbeitszeitverordnung festgesetzten Zeitraumes
- in der (Mittags-)Pause, jedoch innerhalb einer im Rahmen der Gleitzeit verlängerten Pause

ggf. zusätzliche Angabe für die Branddirektion:

Der/die Mitarbeiter/in war dienstplanmäßig zum Küchendienst eingeteilt und hat sich während dieser Aufgabenerfüllung verletzt Ja Nein

4.2 Zusätzliche Angaben bei Sportverletzungen:

Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter befand sich

- im angeordneten Dienstsport laut Dienstplan Ja Nein
- im Sportunterricht laut Lehrplan Ja Nein
- im Bereitschaftsdienst an der Dienststelle und verletzte sich während einer **gemeinschaftlichen** Sportertüchtigung Ja Nein

4.3 Bei Unfällen während der Teilnahme an Seminaren, Schulausflügen, Fortbildungsveranstaltungen, Betriebsfesten etc. bitte eine Kopie des offiziellen Programms beilegen, bei Dienstreisen die Genehmigung.

4.4 Hat der/die Verletzte den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt? Ja Nein
 lt. Angabe der Beamtin bzw. des Beamten

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des/der
Dienststellenleiters/-in

5. **Schadenersatzansprüche**

5.1 Steht ein gesetzlicher Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten zu? Ja Nein
Name und Anschrift des Dritten

5.2 Wurden polizeiliche oder staatsanwaltschaftliche Ermittlungen durchgeführt? Ja Nein

5.3 Dienststelle und Aktenzeichen:

5.4 Ist der Dritte gegen Haftpflicht versichert? Ja Nein

Versicherungsnummer:

Schadenummer:

Name und Anschrift der Versicherung:

5.5 Sind bereits Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden? Ja Nein

5.6 Wenn ja, gegen wen?
(Name, Anschrift und Telefon)

5.7 Werden Sie anwaltlich vertreten? Ja Nein

Wenn ja, von wem?
(Name, Anschrift und Telefon)

6. **Krankenversicherung**

6.1 Name der Krankenkasse
Angabe Versicherungsnummer

6.2 Wurde der Krankenkasse der Unfall gemeldet und wurden Leistungen erbracht? Ja Nein
 Ja Nein

7. **Unfallausgleich**

Bestand **vor** dem Unfall bereits eine allgemeine Erwerbsminderung? Ja Nein

In welcher Höhe? _____ v.H.

Unfallbedingte Erwerbsminderung? _____ v.H.

Gesamtminderung? _____ v.H.

8. **Sonstiges**

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Die Daten werden aufgrund der Satzung des Bayerischen Versorgungsverbandes erhoben und unter Beachtung der Datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.

Einverständniserklärung

Der Bayerische Versorgungsverband macht aus abgetretenem Recht (§ 36 der Satzung des Bayerischen Versorgungsverbandes) Schadensersatzansprüche seines Mitgliedes (des Dienstherrn) gegen Dritte geltend, soweit der Versorgungsverband aufgrund eines Schadensereignisses Leistungen erbringt. Um dem Bayerischen Versorgungsverband die Verfolgung dieser abgetretenen Regressansprüche gegen meinen Unfallgegner sowie ggf. dessen Haftpflichtversicherung zu ermöglichen, erkläre ich:

Hiermit entbinde ich,

_____ geb.: _____
Name, Vorname

wohnhaft: _____,

sämtliche Ärzte, die mich aus Anlass des Unfallereignisses vom _____ behandelt haben bzw. behandeln werden und den Bayerischen Versorgungsverband von ihrer Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und sonstigen Behörden,
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen.

Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Bayerische Versorgungsverband mich betreffende Informationen und Unterlagen aus Anlass des bezeichneten Unfallereignisses (wie z.B. geschlossene Abfindungsvereinbarungen, Gutachten von Ärzten und sonstigen Sachverständigen) einholt

- von der Haftpflichtversicherung des Unfallgegners, soweit sich die gegnerische Haftpflichtversicherung auf diese beruft,
- von meinen Anwälten, soweit sie die Verfolgung von Ansprüchen gegen den Unfallschädiger betreffen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Bayerische Versorgungsverband mich betreffende Daten aus dem Versicherungsverhältnis, soweit sie für die Verfolgung der Regressansprüche erforderlich sind, an die gegnerische Versicherung sowie den Schädiger bzw. seinen Anwalt herausgibt. Ich bin insbesondere mit der Weitergabe von ärztlichen Unterlagen und Gutachten einverstanden.

Datum: _____

(Unterschrift)