

UNFALLMELDUNG

(nur für Unfälle mit Körperschaden !)

1. Personalien	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Amts-/Dienstbezeichnung	Personalnummer
Im Unfallzeitpunkt: <input type="checkbox"/> Beamter/in	<input type="checkbox"/> Beschäftigte/r
Dienststelle	
Telefon dienstl.:	privat:
Wohnanschrift (Straße, PLZ, Ort)	
2. Angaben über den Unfall	
Wochentag, Datum, Uhrzeit des Unfalls	
Bezeichnung der Unfallstelle / des Unfallorts	
Der Unfall ereignete sich: <input type="checkbox"/> im privaten Bereich (wegen Regressprüfung); falls ja, entfallen Ziffern 4. bis 8. und 10.; Attestvorlage (Ziffer 3.) nur auf evtl. Anforderung nach Eingang der Unfallmeldung.	
<input type="checkbox"/> während des Dienstes	
<input type="checkbox"/> während einer Dienstreise	<input type="checkbox"/> während der Teilnahme an einer dienstlichen Veranstaltung
<input type="checkbox"/> auf dem Weg zur Dienststelle	<input type="checkbox"/> auf dem Weg von der Dienststelle
Angabe des üblichen Wegs inkl. der Entfernung Wohnsitz/Arbeitsstätte in km	
Wegebeschreibung am Unfalltag	
zusätzliche Angaben zum Weg	
a.) Gründe für eine evtl. Abweichung vom üblichen bzw. direkten Weg zur oder von der Dienststelle	
b.) Gründe für eine evtl. zeitliche Unterbrechung des üblichen bzw. direkten Wegs zur oder von der Dienststelle	
Dauer der zeitlichen Unterbrechung:	
<input type="checkbox"/> während der Mittagspause	
Beginn und Ende des normalen Dienstes am Unfalltag:	
_____ Uhr bis _____ Uhr	

Detaillierte Schilderung des Unfalls mit Skizze (ggf. auf besonderem Blatt):

Der Unfall wurde von mir verursacht

ja

Der Unfall wurde von einem Dritten verursacht

ja - Name, Vorname, Anschrift des Verursachers

- Name und Anschrift der Versicherung

- Versicherungs-/Schadenummer

- bei Verkehrsunfällen: amtl. Kennzeichen des unfallverursachenden Kfz

Liegt beiderseitiges Verschulden vor:

ja

nein

Name und Anschrift der Unfallzeugen

Der Unfall wurde von einer Polizeidienststelle aufgenommen

ja Name und Anschrift der Polizeidienststelle

Aktenzeichen/Tagebuchnummer der Polizei

nein

3. Gesundheitliche Folgen des Unfalls

Art der Verletzung und verletzte Körperteile: _____

Bitte legen Sie ein ärztliches Attest über Art und Umfang der Unfallverletzung vor!

Besteht ein unfallunabhängiges Leiden (Vorschädigung)

Ja

Nein

Wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen:

Ja, am _____

Nein

War stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich:

Ja

Nein

wenn ja, in welchem Krankenhaus: _____

Aufenthalt im Krankenhaus

vom _____

bis _____

Besteht/Bestand Arbeits- Dienstunfähigkeit: Ja, vom _____ bis _____
(ggf. entsprechende Bescheinigungen in Kopie beifügen)

Nein

4. Angaben über früher anerkannte Dienstunfälle

Unfalldatum	Behörde	Aktenzeichen	Bescheiddatum	Höhe der gem. Bescheid verbliebenen MdE in %

5. Erklärung zu den Folgen des Dienstunfalls:

Hinweis: Zur Überprüfung, ob es sich bei dem genannten Unfall um einen Dienstunfall handelt, welche Unfallfolgen entstanden bzw. noch zu erwarten sind und ob ggf. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit eingetreten oder zu erwarten ist, erfolgt grundsätzlich eine amtsärztliche Untersuchung des Verletzten, es sei denn, die Verletzungen sind folgenlos ausgeheilt, Dauer- bzw. Folgeschäden sind nicht zu erwarten und außer den entstandenen Kosten für notwendige Untersuchungen bzw. Heilbehandlungen werden keine weiteren Ansprüche gegenüber dem Land geltend gemacht.

- Die bei dem o.g. Unfall erlittenen Verletzungen sind zwischenzeitlich folgenlos ausgeheilt bzw. werden aller Voraussicht nach ausheilen. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Dauer- bzw. Spätfolgen aus Anlass des Unfalles sind nicht zu erwarten. Außer den entstandenen bzw. noch entstehenden Kosten für ärztlich notwendige Untersuchungen und Heilbehandlungen werden keine weiteren Ansprüche gegenüber dem Land Rheinland-Pfalz geltend gemacht.
- Die bei dem o.g. Unfall erlittenen Verletzungen lassen Dauer- bzw. Spätfolgen oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit erwarten. Ich bitte Sie, eine amtsärztliche Untersuchung zu veranlassen.
- Eine entsprechende Erklärung werde ich später abgeben.

6. Hinweis zur Abrechnung der dienstunfallbedingten Heilbehandlungskosten:

Soweit es sich um einen Unfall handelt, der als Dienstunfall anerkannt werden kann, trägt das Land Rheinland-Pfalz die Kosten der Heilbehandlung zu 100 %, soweit diese notwendig und angemessen sind und mit dem Dienstunfall in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Dienstunfallbedingte Heilbehandlungskosten, die im Rahmen der Dienstunfallfürsorge erstattet wurden oder werden, dürfen nicht nochmals mit der Beihilfestelle oder der privaten Krankenkasse abgerechnet werden, wenn die Heilbehandlungskosten dienstunfallbedingt im Rahmen der Dienstunfallfürsorge erstattet werden.

Rechnungen sind im Original zur Erstattung einzureichen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Rechnungen keine Diagnosen und Leistungen beinhalten, die mit dem Dienstunfall nicht in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Eine Erstattung der Kosten erfolgt an den/die Beamten/in persönlich.

7. Sachschäden

Beachte 3-monatige Antragsfrist für Sachschäden (Ausschlussfrist) gem. § 54 Satz 2 LBeamtVG !

7.1 Kfz-Schäden

Gründe für die Benutzung des privaten Kraftfahrzeugs

Für den Ersatz von Sachschäden an einem Kraftfahrzeug des Beamten, die bei einem Dienstunfall auf dem Weg nach und von der Dienststelle entstehen, müssen schwerwiegende Gründe für die Benutzung des Kfz, **vor allem dienstlicher Art**, vorliegen.

Diese können sich ergeben aus (Gründe bitte angeben):

1. der Eigenart des Dienstes (z. B. an mehreren Dienstorten, Dienstbeginn oder -ende zur Nachtzeit)
2. den persönlichen Verhältnissen des Beamten (z. B. Körperbehinderung)
3. den örtlichen Verhältnissen des Beamten (z. B. keine oder ungenügende Verkehrsverbindung mit öffentl. Verkehrsmitteln)

Bei der Angabe ungenügender Verkehrsverbindungen ist der Nachweis durch Mitteilung der nächst möglichen Verkehrsverbindung am Unfalltag zu führen.

Wie hoch ist der entstandene Schaden ? _____

(Bitte Nachweise beifügen; z. B. Werkstattrechnung)

Besteht Vollkaskoversicherung ? Ja Nein

Höhe d. Selbstbeteiligung ? _____

(Bitte letzte Beitragsrechnung als Nachweis beifügen)

Höhe d. Schadens durch Verlust des Schadensfreiheitsrabattes ? _____

(Summe der durch Rückstufung verursachten Mehrprämien für die Vollkaskoversicherung nach den derzeitigen Beitragssätzen)

Bitte Auflistung Ihrer Vollkaskovers. über die zu erwartenden Mehrprämien beifügen

Hinweis

Der Rabattverlust errechnet sich – bezogen auf das Unfallfahrzeug – bis zu dem Zeitpunkt, an dem die zum Unfallzeitpunkt bestehende Rabattstufe wieder erreicht ist. Alle anderen, die Vollkaskoprämie beeinflussenden Umstände bleiben unberücksichtigt. Bitten Sie Ihre Kfz-Versicherung wegen der zu erwartenden Mehrprämien bei Inanspruchnahme der Vollkaskoversicherung um eine entsprechende Auflistung.

Besteht eine Teilkaskoversicherung ? Ja Nein falls ja, bitte Nachweis beifügen**7.2 Sonstige Sachschäden****Hinweis:**

Der Sachschadenersatz ist auf Kleidungsstücke u. sonstige Gegenstände des täglichen Bedarfs beschränkt, die der/die Beamte/Beamtin im Dienst benötigt oder mit sich zu führen pflegt.

Private Kleidungsstücke oder sonstige privat mitgeführte Gegenstände wurden bei dem Unfall beschädigt oder zerstört oder sind abhanden gekommen

Wenn vorhanden, Belege beifügen (z. B. über die Anschaffung, Reparatur d. Schadensobjekte, Ersatz - bzw. Neubeschaffung von Gegenständen gleicher Art u. Güte usw.)	Bezeichnung der Gegenstände	Neuwert	Alter

Sachschadenersatz auf andere Weise (z. B. Versicherung, Schadenersatzansprüche gegen Dritte)

 ist nicht möglich, weil _____ ist möglich gegen _____**8. Bankverbindung für Kostenerstattung:**

Geldinstitut: _____

IBAN _____ BIC: _____

9. Schlusserklärung:

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner in der Unfallmeldung gemachten Angaben. Den Hinweis zur Abrechnung der dienstunfallbedingten Heilbehandlungskosten auf Seite 3 dieser Unfallmeldung habe ich zur Kenntnis genommen. Über den Anspruch des Landes Rheinland-Pfalz auf Schadenersatz gemäß §§ 72 LBG, § 6 EntgFG habe ich mit dem Schädiger keinen Vergleich abgeschlossen, keine Abfindung angenommen, keine Verzichtserklärung abgegeben. Es ist mir bekannt, dass ich meine sonstigen Ersatzansprüche (Schmerzensgeld, Anwaltskosten, Leistungsansprüche auf Grund privater Versicherungen etc.) selbst verfolgen muss.

_____, den _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift)

10. Stellungnahme der Dienststellenleitung bei Dienstunfällen:

- Die Angaben des/der Beamten/in in der Unfallmeldung wurden – soweit möglich – geprüft. Sie entsprechen der Richtigkeit.
- Der Personalrat wurde von dem Unfall in Kenntnis gesetzt.
- Der Unfall ereignete sich während des Dienstes des/der Beamt/en/in.
- Der Unfall ereignete sich während einer dienstlichen Veranstaltung.
- Bei Wegeunfällen: Es wird bestätigt, dass der/die Beamte/in am Unfalltag Dienst zu verrichten hatte und sich auf dem **direkten Weg** vom Wohnort zum Dienst / vom Dienst an den Wohnort befand. Die Bestätigung bezieht sich auch auf die Richtigkeit der Angaben zu obiger Ziffer 2.
- Der Unfall ereignete sich während einer Dienstreise
Beigefügt sind: Dienstreisegenehmigung Genehmigung der Benutzung des privaten Kfz für Dienstreisen

_____, den _____

(Unterschrift und Stempel der Dienststellenleitung)

11. Ergebnis der Unfalluntersuchung gem. § 57 Abs. 3 LBeamtVG

- Der gemeldete oder von Amts wegen bekannt gewordene Unfall wurde sofort untersucht.

Die Untersuchung führte zu folgendem Ergebnis:

Die Angaben des Beamten in der Unfallmeldung sind

- zutreffend
- teilweise zutreffend
- nicht zutreffend

Ergänzungen/ Bemerkungen:

_____, den _____

(Unterschrift und Stempel der/des Dienstvorgesetzten)

**12. Angaben zur Berechnung des Verdienstaufschlagschadens:
(nur bei unfallbedingter Dienstunfähigkeit und bei Fremdverschulden auszufüllen)**

Urlaubsanspruch des Beamten / der Beamtin (§ 8 UrlVO) im Unfalljahr	Tage
Voraussichtl. Anspruch auf Zusatzurlaub (§ 18 UrlVO bei Schichtdienst-) im Unfalljahr	Tage

**13. Abtretungserklärung:
(nur für Beschäftigte und nebenberufliche Lehrkräfte)**

Bezüglich des in der Unfallmeldung geschilderten Unfalles trete ich analog § 255 BGB die Ansprüche auf Schadensersatz wegen Arbeitsunfähigkeit an das Land Rheinland-Pfalz ab. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich über diese Schadensersatzansprüche noch nicht anderweitig verfügt habe.

_____, den _____
(Ort, Datum)

_____(Unterschrift)