

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

## Unfallmeldung

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

---

**Persönliche Daten der verletzten Person, die bei der PBeaKK versichert ist.**

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

**Angaben zum Unfallzeitpunkt**

Datum:

Uhrzeit:

---

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

---

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

Ja  
  
Nein

Aktenzeichen  
  
Name des  
Versicherungsträgers

---

**Angaben zur Unfallstelle**

z. B. Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Stockwerk,  
Außenbereich, Bundesautobahn (Kilometerstein),  
öffentliches Verkehrsmittel, Treppe 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 PBeaKK  
und Beihilfe geltend gemacht, die mit dem Unfall in  
Zusammenhang stehen.

Ja

Nein

---

Die Unfallbehandlung ist zwischenzeitlich  
abgeschlossen.

Ja

am \_\_\_\_\_

Nein

---

---

Ambulante ärztliche Behandlung

Name und Anschrift der behandelnden ärztlichen Person

---

Stationäre Behandlung

Name und Anschrift des Krankenhauses

---

Krankentransport

Name und Anschrift des Transportunternehmens

---

Arznei- und Verbandmittel

Name des Arznei-/Verbandmittels und Name und Anschrift der Apotheke

---

**Angaben zum Unfallgegner**

Vorname und Name

Anschrift

---

**Angaben zur Haftpflichtversicherung des Unfallgegners**

Name

Anschrift

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 und Anschrift

Tagebuch-Nr.

---

Angaben zu Zeugen

Vorname und Name

Anschrift

---

Werden Sie anwaltlich vertreten?

Ja

Nein

Name

Anschrift

---

---

**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 (Versicherte der PBeaKK)  
war wie folgt am Unfall beteiligt

Auto-/Motorradfahrer\*in

Fußgänger\*in

Radfahrer\*in

Insasse\*in oder Beifahrer\*in

Mofa-/Mopedfahrer\*in

Fahrgast öffentliche  
Verkehrsmittel bzw. Bus, Bahn

---

Angaben zum eigenen Fahrzeug  
und dessen Nutzer\*in.

Name des/der Fahrer\*in/  
Halter\*in

Anschrift

Kfz- Kennzeichen

---

Der Unfallgegner war wie folgt am  
Unfall beteiligt

Auto-/Motorradfahrer\*in

Fußgänger\*in

Radfahrer\*in

Insasse\*in oder Beifahrer\*in

Mofa-/Mopedfahrer\*in

Fahrgast öffentliche  
Verkehrsmittel bzw. Bus, Bahn

---

Angaben zum Fahrzeug des Unfallgegners  
und dessen Nutzer\*in

Name des/der Fahrer\*in/  
Halter\*in

Anschrift

Kfz- Kennzeichen

---

**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 Schadensfalles 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.**

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person