

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-/
ArbeitszeitVerkehrsunfall
(außerdienstlich)Unfall während einer
entgeltlichen NebentätigkeitUnfall während der
Anwesenheit einer
(ambulanten) PflegekraftUnfall während einer
ehrenamtlichen TätigkeitUnfall während Sport und
Spiel (außerhalb Dienst-
bzw. Schulsport)Unfall während einer
landwirtschaftlichen Tätigkeit

Unfall durch Bodenglätte

Unfall während einer
Hilfeleistung (Gefälligkeitshilfe,
Selbsthilfe beim Eigenheimbau)Unfall während des Besuchs
des Kindergartens, der
Schule, Hochschule *

Schlägerei, Überfall, Angriff

Unfall durch Tiere

Sonstiger Unfall

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

Ja

Aktenzeichen

Nein

Name des
Versicherungsträgers

Angaben zur Unfallstelle

z. B. Straße, Hausnummer, PLZ, Ort,
Stockwerk, Außenbereich, Bundesau-
tobahn (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 des behandelnden Arztes

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
AnschriftTagebuch-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

Fußgänger

Radfahrer

Insasse oder Beifahrer

Mofa-/Mopedfahrer

Fahrgast öffentliche
Verkehrsmittel bzw. Bus, Bahn

Angaben zum eigenen Fahrzeug
und dessen Nutzer.Name des
Fahrers/Halters

Anschrift

Kfz- Kennzeichen

Der Unfallgegner war wie folgt am
Unfall beteiligt

Auto-/Motorradfahrer

Fußgänger

Radfahrer

Insasse oder Beifahrer

Mofa-/Mopedfahrer

Fahrgast öffentliche
Verkehrsmittel bzw. Bus, Bahn

Angaben zum Fahrzeug des Unfallgegners
und dessen NutzerName des
Fahrers/Halters

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/r