

# Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles nach Art. 47 Bayerisches Beamtenversorgungsgesetz (BayBeamtVG)

Geschäftszeichen – Bitte bei allen Zuschriften angeben!  
(vgl. Mitteilung über Ihre Bezüge)

An das  
Landesamt für Finanzen  
Dienststelle Weiden  
Bezugestelle Dienstunfall  
Postfach 10 02 07  
93002 Regensburg

## Hinweise

Unfälle von Beamten, die in Ausübung oder infolge des Dienstes eingetreten sind und bei denen ein **Körperschaden** entstanden ist, sind unbeachtlich ihrer Schwere umgehend dem Dienstvorgesetzten zu melden. Für die Unfallmeldung gilt eine **Ausschlussfrist von zwei Jahren** (Art. 47 BayBeamtVG) bzw. **bei Sachschäden von drei Monaten** (Abschnitt 13 Nr. 1.2 der Verwaltungsvorschriften zum Beamtenrecht (VV-BeamtR)). Der Dienstvorgesetzte hat den Unfall nach dem Bekanntwerden **sofort** zu untersuchen (Art. 47 Abs. 3 BayBeamtVG). Zu diesem Zweck ist Verletzten dieser Vordruck zur Unfallmeldung auszuhändigen. Die Verletzten haben die **Abschnitte A und B (evtl. auch C und D) sowie die Abschnitte II bis IV** des Beiblatts auszufüllen. Im Falle einer Verhinderung (z.B. schwere Krankheit) füllt der Dienstvorgesetzte die Vordrucke (ausgenommen Abschnitt IV) aus.

Nach Ergänzung des Beiblatts durch den behandelnden Arzt (Abschnitt V des Beiblatts) haben die Verletzten den ausgefüllten Vordruck sowie das Beiblatt **in verschlossenem Umschlag** mit dem Vermerk "**Landesamt für Finanzen, Dienststelle Weiden, Bezugestelle Dienstunfall**" dem Dienstvorgesetzten vorzulegen.

Der Dienstvorgesetzte (Art. 3 Satz 1 Bayerisches Beamtengesetz - BayBG) beantwortet Abschnitt E des Antrages auf Anerkennung eines Dienstunfalles und leitet diese mit dem verschlossenen Umschlag an das Landesamt für Finanzen, Dienststelle Weiden, Bezugestelle Dienstunfall weiter.


Werden Beamte bei einem Unfall verletzt oder getötet, so gehen die ihnen gegenüber dem Unfallverursacher zustehenden gesetzlichen Schadenersatzansprüche insoweit auf den Freistaat Bayern über, als dieser zu Leistungen verpflichtet ist (Art. 14 BayBG). Davon ausgenommen sind allerdings Schadenersatzansprüche, für die der Dienstherr keine Leistungen gewährt, wie z.B. Anwalts- und Gerichtskosten, Schmerzensgeld. Das bedeutet, dass Beamte solche Ansprüche selbst beim Schädiger oder dessen Versicherung geltend machen können.

Weitere Informationen zum Dienstunfallverfahren sowie der Erstattung von Heilbehandlungskosten finden Sie unter [www.lff.bayern.de/themen/dienstunfallsachschaden/](http://www.lff.bayern.de/themen/dienstunfallsachschaden/).

## Vom Antragsteller auszufüllende Unfallmeldung

### A. Angaben zur Person

|  |   |              |  |
|--|---|--------------|--|
| 1. Vor- und Zuname   |   | Geburtsdatum |  |
| 2. Amtsbezeichnung, Besoldungsgruppe<br>Begründung des Beamtenverhältnisses<br>(1. Ernennung)                |   |              |  |
| 3. Anschrift der Familienwohnung   |   |              |  |
| 4. ggf. Anschrift der Unterkunft am oder in der Nähe des Dienstortes   |   |              |  |
| 5. Nur von Beamten des Vollzugsdienstes (Polizei, Justiz) und des Einsatzdienstes der Feuerwehr auszufüllen! | Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |              |  |
| 6. Bezogen Sie zur Zeit des Unfalles eine Erschwerniszulage nach der Bayerischen Zulagenverordnung?          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |              |  |

|   |  |   |     |         |     |
|---|--|---|-----|---------|-----|
| 7. Bezeichnung und Anschrift der Dienststelle   |  |   |     |         |     |
| 8. ggf. Bezeichnung und Anschrift der auswärtigen Dienst-/Beschäftigungsstelle am Unfalltag |  |   |     |         |     |
| 9. Arbeitszeit am Unfalltag   |  | Sollzeit  | von | Uhr bis | Uhr |
|   |  | Rahmenzeit  | von | Uhr bis | Uhr |
|   |  | Tatsächliche Arbeitszeit  | von | Uhr bis | Uhr |
| 10. Besteht (bestand) infolge des Dienstunfalles Dienstunfähigkeit                          |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |     | von     | bis |
| 11. Telefonnummer   |  | dienstlich:   |     | privat: |     |
| 12. Erstattungsfähige Beträge werden <b>grundsätzlich</b> auf das Bezügekonto überwiesen!   |  | Bitte <u>IBAN</u> angeben:  |     |         |     |
|   |  |                 |     |         |     |
|   |  | Kontoverbindungen in <b>Deutschland immer 22 Stellen</b> , sonstige Länder 15 bis max. 34 Stellen |     |         |     |

**B. Angaben zum Unfallereignis**

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Unfalldatum   |  | Unfallort<br>(Unfallstelle):   |
| Uhrzeit des Unfalles:<br><br><br><br>Uhr   |  |  |
| 2. Ausführliche Unfallschilderung (Ursache und Hergang des Unfalles, Art der dienstlichen Verrichtung, ggf. Beiblatt oder Skizze beifügen)                 |  |  |
| 3. Liegt ein Verschulden Dritter (Fremdverschulden) vor?   |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Angaben zum Schädiger (Name, Anschrift, ggf. Kfz-Kennzeichen, Versicherung und Versicherungsnummer) |
| 4. Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall die Verkehrssicherheit beeinflussende Mittel (z.B. Arznei, Alkohol, sonst. Drogen) zu sich genommen? |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Art, Menge und Zeit angeben!  |
| 5. Wurde der Unfall durch die Polizei oder die Staatsanwaltschaft untersucht?  |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Ermittlungsbehörde und Aktenzeichen angeben!  |
| 6. Zeugen des Unfalles (Zeugenaussagen ggf. auf gesondertem Beiblatt)<br>Bitte Name, Anschrift und Telefonnummer angeben!                                  |  |  |
| 7. Wurde anlässlich des Unfalles ein Arzt konsultiert?   |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |

**C. Bei Wegeunfällen zusätzlich ausfüllen**

|   |                               |   |  |
|---|-------------------------------|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Weg zur bzw. von der Dienststelle<br><input type="checkbox"/> Weg zwischen Unterkunft und Familienwohnung<br><input type="checkbox"/> sonstige Wege |                               | <input type="checkbox"/> Dienstgang/-reise -bitte Kopie der Genehmigung beifügen!<br><input type="checkbox"/> Aus- / Fortbildungsreise - bitte Kopie der Genehmigung oder Reisekostenabrechnung beifügen! |  |
| 2. Abgang/Abfahrt von (genaue Ortsangabe)   | um                            | Uhr   |  |
|   | von                           |   |  |
| 3. Zielort (genaue Ortsangabe)  |                               |   |  |
| 4. Wegstrecke   |                               |   |  |
| War dies die kürzeste Wegstrecke?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |  |
| 5. Umwegstrecke (z.B. wegen Fahrgemeinschaft oder Unterbringung des Kindes)   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja (Art und Dauer angeben)   |  |
| 6. Unterbrechung des Weges (z.B. wegen Einkauf, Arztbesuch, Lokalbesuch)  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja (Art und Dauer angeben)   |  |

**D. Antrag auf Sachschadenersatz (Hinweise zum Sachschadenersatz bitte beachten!)**

|  |  |
|--|--|
| 1. Sachschadenersatz für privateigenes Kfz - nur sofern es sich um einen Wegeunfall gehandelt hat! | Fabrikat, Typ, Baujahr, Kilometerstand   |
| 1. 1 Bestanden am Unfalltag schwerwiegende Gründe für die Benutzung des Kfz?                       | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, Begründung:<br>a) <input type="checkbox"/> Eigenart des Dienstes oder Dienstortes (z.B. an mehreren Einsatzorten, Dienstbeginn oder -ende zur Nachtzeit, nicht mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln erreichbare Dienststelle)<br>b) <input type="checkbox"/> die örtlichen Verhältnisse am Wohnort, die eine Kraftfahrzeugbenutzung im Zusammenhang mit der Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel erforderlich machen (Park-and-ride-System); dies ist durch eine Kopie Ihrer Dauerafahrkarte nachzuweisen.<br>c) <input type="checkbox"/> persönliche Verhältnisse (z.B. außergewöhnliche Gehbehinderung)<br>d) <input type="checkbox"/> sonstige dienstliche Gründe<br><br><b>Erläuterung:</b> |

**Nur ausfüllen, wenn Buchstabe a) zutrifft:** Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Abfahrts- und Ankunftszeiten sämtlicher öffentlicher Verkehrsmittel, die am Unfalltag hätten benutzt werden können) angeben!

| Hinfahrt                                    |     |      |    |    | Rückfahrt  |     |      |    |    |
|---|-----|------|----|----|--|-----|------|----|----|
|   |     |      |    |    | Dienstende:                                      |     | Uhr  |    |    |
| nächstgelegene Haltestelle von der Wohnung: |     |      |    |    | nächstgelegene Haltestelle von der Dienststelle: |     |      |    |    |
| erreichbar in Min. zu/mit                   |     |      |    |    | erreichbar in Min. zu/mit:                       |     |      |    |    |
| Entfernung: km                              |     |      |    |    | Entfernung: km                                   |     |      |    |    |
| Fahrt mit                                   | von | nach | ab | an | Fahrt mit  | von | nach | ab | an |
|   |     |      |    |    |  |     |      |    |    |
|   |     |      |    |    |  |     |      |    |    |
|   |     |      |    |    |  |     |      |    |    |

|   |  |            |             |
|---|--|------------|-------------|
| 2. Anlässlich des Unfalles wird für folgende Gegenstände Sachschadenersatz beantragt:   |  |            |             |
| Gegenstand und Bezeichnung des Schadens   | Zeitpunkt der Anschaffung<br>Monat/Jahr  | Kaufpreis  |             |
| a)  |  | EUR        |             |
| b)  |  | EUR        |             |
| c)  |  | EUR        |             |
| <p>Soweit noch vorhanden, sind die <b>Rechnungen</b> über den Kauf der aufgeführten Gegenstände vorzulegen. Auf jeden Fall ist die Rechnung über die Reparatur des beschädigten Gegenstandes beizufügen. Falls eine kostensparende Reparatur nicht möglich war, ist dies zu begründen. Bei Brillen ist neben der Rechnung für die beschädigte und die neue Brille auch die <b>Abrechnung der Kranken- und/oder Brillenversicherung</b> oder eine <b>Bescheinigung über die Höhe der Erstattung</b> im Falle einer Antragstellung erforderlich.</p> <p>Sachschadenersatz kann nur gewährt werden, wenn der erstattungsfähige Betrag 75 EUR übersteigt.</p> |  |            |             |
| 2. 1 Von den unter Nr. 2 genannten Gegenständen habe ich gegen eine pauschalierte Entschädigung zu stellen (z.B. Arbeitsgeräte, Berufskleidung)   |  |            |             |
| 3. Zusätzlich auszufüllen bei Schadenersatzansprüchen gegen <b>Dritte</b>   |  |            |             |
| 3. 1 Anspruch gegen <u>eigene</u> Versicherung (Name, Versicherungsnummer)  | Art der Versicherung: Voll-/Teilkasko, Krankenkasse, Sach-, Hausrats-versicherung - bitte Kopie des Versicherungsscheines oder der letzten Beitragsrechnung sowie ggf. eine Kopie der Abrechnung beifügen! |            |             |
|   | Höhe des Anspruchs: EUR  |            |             |
| 3. 2 Anspruch gegen einen etwaigen <u>Schädiger</u>   | Name und Anschrift des Schädigers, ggf. Versicherung, die ihn vertritt (bitte Leistungs- oder Ablehnungsbescheid der gegnerischen Versicherung bzw. des Schädigers vorlegen)                               |            |             |
|   | Höhe des Anspruchs: EUR  |            |             |
| 3. 3 Anspruch auf sonstige Leistungen (z.B. Automobilclub, Schutzbrief etc.)  |  |            |             |
| 3. 4 Uneinbringliche Forderungen aus 3.1 bis 3.3 (Höhe der uneinbringlichen Beträge angeben und die Uneinbringlichkeit begründen)   | Art, Bezeichnung   | Begründung | Höhe in EUR |
|   |  |            |             |
|   |  |            |             |
|   |  |            |             |
| Ich trete die unter Nr. 3.4 angegebenen Forderungen in dem Umfang, in dem der Freistaat Bayern Sachschadenersatz leistet, an diesen ab.   |  |            |             |
| 4. Wurde der Sachschaden bereits mündlich oder schriftlich beantragt?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann, bei welcher Dienststelle  |            |             |

Informationen zur Verarbeitung der Daten und zu den diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter [www.lff.bayern.de/ds-info](http://www.lff.bayern.de/ds-info) oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer 0931 4504-6770.

**Ich versichere auf Dienstpflicht die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben**

Ort, Datum

Unterschrift

## E. Stellungnahme des Dienstvorgesetzten nach Art. 47 Abs. 3 BayBeamtVG

|  |   |
|--|---|
| 1. Bezeichnung und Anschrift des Dienstvorgesetzten  |   |
| 2. Erstmaliges Bekanntwerden des Unfalles beim Dienstvorgesetzten  | am:<br><input type="checkbox"/> durch mündliche Meldung<br><input type="checkbox"/> durch schriftliche Meldung<br><input type="checkbox"/> in sonstiger Weise (kurze Bezeichnung) |
| 3. Die Angaben in den Abschnitten A1 bis A10, B3 , C1 sowie D4 werden bestätigt.   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Begründung!)   |
| Zum Unfallereignis Abschnitt B wird ergänzend bemerkt (ggf. Beiblatt beifügen!)  |   |
| 4. Welche geschäftsplanmäßige oder weisungsgebunden übertragene Dienstaufgabe wurde zum Unfallzeitpunkt erledigt?  |   |
| 5. Wurde der Unfall vom Antragsteller grob fahrlässig herbeigeführt?   |   |
| 6. Wurden bei dem Unfall weitere Beamte verletzt?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, soweit bekannt bitte auf gesondertem Blatt Namen, Dienststelle und Beteiligung am Unfallereignis angeben!              |
| 7. Bei dienstl. Verwendung privater Gegenstände als Arbeitsmittel:<br>Wurde die Benutzung des privaten Gegenstandes am Unfalltag durch den Dienstvorgesetzten veranlasst oder hat dieser der Benutzung ausdrücklich zugestimmt, ggf. aus welchen Gründen bzw. für welchen Zweck? |   |
| 8. Bereits früher erlittene Dienstunfälle (ggf. Unfalltag, anerkennende Behörde und Aktenzeichen angeben)  |   |
| 9. Nur bei Fremdverschulden anzugeben (Art. 14 BayBG).<br><br>Für wie viele Arbeitstage besteht im Kalenderjahr Urlaubsanspruch? <span style="float: right;">Tage</span>   |   |

**Hinweis für den Dienstvorgesetzten: Der Personalrat ist zur Unfalluntersuchung nach Art. 79 Abs. 2 BayPVG hinzuzuziehen!**

Ort, Datum

Unterschrift des Dienstvorgesetzten mit Amtsbezeichnung