

Anzeige eines Dienstunfalles



RZVK des Saarlandes
Ruhegehaltskasse
Fritz-Dobisch-Str. 12
66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/400 03-0
Fax.: 0681/400 03-710

Absender			
Mitgliednummer		Mitglied	
Ansprechpartner	Personal-Nr. RZVK	Telefon	Telefax

Persönliche Daten		
Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort

Bankverbindung	
Name und Sitz des Geldinstituts	
IBAN (Kontonummer)	BIC (Bankleitzahl)

Wann geschah der Unfall?			
Wochentag	Datum	Uhrzeit	Der Unfall wurde dem Dienstherrn angezeigt am (TT.MM.JJJJ)

Unfallgeschehen	
Der Unfall geschah	auf dem Weg vom oder zum Dienst (bitte Wegeunfall-Fragebogen ausfüllen!) bei einer dienstlichen Tätigkeit
Unfallschilderung: (bitte immer ausfüllen!)	
Sind Unfallzeugen vorhanden?	nein ja (Wenn ja, bitte Personalien angeben:)
Angaben zur Haftpflichtversicherung	

4. Mär. 2026

Datei:

Ursachen/Haftung

Von wem wurde der Unfall verursacht? von der Beamtin/von dem Beamten
von folgender Person (Name und Anschrift des Unfallverursachers)

Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die/der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat?
nein ja ⇨

Kann möglicherweise ein Dritter für den Unfall haftpflichtig gemacht werden? nein ja
Wenn ja, wurde ein Verfahren eingeleitet? nein ja
Wenn ja, bitte Dienststelle und Aktenzeichen angeben

Abtretung Schadensersatzanspruch

Der gesetzliche Schadensersatzanspruch gegen einen Dritten, der gem. § 76 des Saarländischen Beamtengesetzes (SBG) auf den Dienstherrn übergeht, wird gemäß § 29 der Satzung der Ruhegehaltskasse des Saarlandes hinsichtlich der satzungsgemäßen Leistungen an die Ruhegehaltskasse abgetreten.

Dienstbezogenheit

Hat sich der Unfall in Ausübung oder infolge des Dienstes ereignet? nein ja
Bei Wegunfällen: Wann und wo war der Dienst anzutreten bzw. beendet?

Verletzung

Welcher Art ist die Verletzung (Knochenbruch, Schnittwunde, Gliederverlust, Verrenkungen usw.)?

Liegen Vorschäden vor? nein ja
Wenn ja, bitte Namen und Anschrift des behandelnden Arztes angeben

Sonstige Bemerkungen

Der Unfall wurde als Dienstunfall anerkannt am (TT.MM.JJJJ) _____

Anlage

Der Anzeige sind beizufügen:

Ein ärztliches Zeugnis des zuerst behandelnden Arztes

Eine Kopie des Anerkennungsbescheides als Dienstunfall gem. § 33 SBeamtVG

4. Mär. 2026

Datei:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Unfallverletzten

Unterschrift des/der Unfallaufnehmenden