

Unfallversicherung Bund und Bahn
Weserstraße 47

26382 Wilhelmshaven

Auf dem Dienstweg:
Schule – Auslandsvertretung
–Zentralstelle für das Auslandsschulwesen–, Bonn

Leistungen bei Arbeitsunfall und Berufserkrankungen

Aufgrund der mir gegebenen Zusicherung gemäß Rundschreiben über die „Sicherung bei Unfällen und Krankheiten“ des BfAA–ZfA-5-2 – beantrage ich Leistungen entsprechend den Vorschriften des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Hierzu mache ich folgende Angaben:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Familienstand

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

Zahl der Kinder

unter 18 Jahren

über 18 Jahre (bis 27. Lebensjahr, soweit in Schul- oder Berufsausbildung)

Anschrift im Inland

Anschrift

Anschrift im Ausland (Einsatzland)

Anschrift

Letzte Beschäftigungsstelle im Inland

Anschrift

☐ Beamtenverhältnis

☐ Angestelltenverhältnis

Anschrift der Besoldungsstelle

Ich beziehe Leistungen von einem öffentlichen Träger

☐ nein

☐ ja
von

Aktenzeichen

Krankenversicherungsschutz

Seite 2

☐ gesetzlich ☐ privat

Anschrift

Mitgliedsnummer

Anspruch auf Barleistungen☐ nein☐ ja

von (Wochen)

bis zu (Monaten)

Vertragszeit im Ausland

vom

bis zum

Einsatzland

Land

Anschrift der Auslandsvertretung der Bundesrepublik Deutschland

Anschrift

Beschäftigungsstelle und –ort im Ausland

Anschrift

Tätigkeit

Tätigkeit

Beurlaubt für die Dauer der Auslandstätigkeit ohne Weiterzahlung der Dienstbezüge☐ nein☐ ja

vom

bis zum

Anspruch auf Bezüge bei Arbeitsunfähigkeit☐ nein☐ ja

vom

bis zum

monatlich brutto (EUR)

monatlich netto (EUR)

Ort und Zeitpunkt des Eintritts☐ des Unfalles☐ der Erkrankung

Ort, Datum, Uhrzeit

Reguläre Dienstzeit

Beginn (Uhrzeit)

Ende (Uhrzeit)

Gesundheitsschaden

Art des Gesundheitsschadens

Name, Anschrift

Ärztliche Behandlung

☐ dauert an☐ ist abgeschlossen
Datum

Ärztliche Berichte –mit Übersetzung- über bisherigen Heilverlauf sind beigelegt.
(Evtl. gefertigte Röntgen- bzw. CT-Aufnahmen oder Laborbefunde bitte beschaffen und übersenden)

Arbeitsunfähigkeit

☐ besteht und bestand nicht☐ besteht/bestand
Datum

Ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sind beigelegt.

Auf die nach den Vorschriften des SGB VII zu erwartenden entsprechenden Leistungen habe ich
Vorschüsse erhalten

☐ nein☐ ja
von (Dienststelle)

Aktenzeichen

in Höhe von (Betrag)

Leistungen nach den Beihilfevorschriften sind mir gewährt worden

☐ nein☐ ja
von (Dienststelle)

Aktenzeichen

in Höhe von (Betrag)

Von einer in- oder ausländischen Versicherung oder von dritter Seite werden/wurden mir Leistungen
aufgrund des Gesundheitsschadens gewährt

☐ nein☐ ja
von (Dienststelle)

Aktenzeichen

in Höhe von (Betrag)

Aussagen der Personen, die von dem Gesundheitsschaden zuerst Kenntnis erhalten haben

Seite 4

Aussagen

Ort, Datum, Unterschrift

Erklärung der Beschäftigungsstelle im Ausland (Leiter/in o. V. i. A.)

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt. Die Gesundheitsschädigung ist nicht durch vorsätzliches Handeln oder grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt worden.

Ort, Datum, Unterschrift (Leiter/in o. V. i. A.)

-Zentralstelle für das Auslandsschulwesen-

Es wird bestätigt, dass der/die Antragsteller/in zu dem Kreis der Personen gehört, denen Leistungen entsprechend der Vorschriften des Siebten Buches Sozialgesetzgebung (SGB VII) vertraglich zugesichert sind.

☐

nein

☐

ja

In Höhe von (Betrag)

Bonn, Datum, Unterschrift

Ein Anspruch auf Ersatz für Aufwendungen der Beihilfe wird geltend gemacht

Anlagen: