

\_\_\_\_\_  
(Dienststelle, Anschrift)

**Unfallanzeige zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus übergegangenem Recht**

(Anlage zur Richtlinie SEVV M-V vom 20. April 2020)

Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern  
Justitiariat  
Schloßstraße 9-11  
19048 Schwerin

- Dienst- oder Wegeunfall von Beamten  
 Arbeits-oder Wegeunfall von Arbeitnehmern, Auszubildenden  
 außerdienstlicher Unfall/Privatunfall  
 Unfall/Schädigung von beihilfeberechtigten Angehörigen

**1. Angaben zur/zum geschädigten Landesbediensteten (Angehörigen)**

Name, Vorname Landesbediensteter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Personalnummer: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Name, Vorname verunfallter Angehöriger: \_\_\_\_\_

Beamtin/Beamter (Amtsbezeichnung: \_\_\_\_\_)     Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer     Auszubildende  
 Versorgungsberechtigte/Versorgungsberechtigter     Angehörige/Angehöriger

Wohnanschrift Landesbediensteter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon (dienstl./privat) Landesbediensteter: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Bezeichnung und Anschrift der Krankenkasse/Krankenversicherung Landesbediensteter: \_\_\_\_\_

**2. Angaben zum Unfallgeschehen/Hergang der Schädigung**

Unfallzeitpunkt (Datum, Uhrzeit) \_\_\_\_\_

Unfallstelle (Ort, Straße, Haus-Nr., Km-Stein) \_\_\_\_\_

Ausführliche Schilderung des Unfallherganges (erläuternde Zeichnung und ggf. Zeugenaussagen beifügen; wenn erforderlich, gesondertes Blatt verwenden):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unfallzeugen (Namen, Anschriften): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Von welcher Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen? (Bezeichnung, Anschrift, Az. oder Vorgangsnummer)  
\_\_\_\_\_

### 3. Angaben zu Unfallfolgen

Ist die/der Bedienstete/Versorgungsberechtigte/Angehörige an den Unfallfolgen gestorben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, wann _____		
Ist eine ärztliche Behandlung erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erfolgte eine Unterbringung im Krankenhaus? Zeitraum der Unterbringung? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestand/besteht durch den Unfall Dienst-/Arbeitsunfähigkeit? (nur Bedienstete)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, von _____ bis _____		
Art der Verletzung(en)/ betroffene Körperteile: _____		
_____		

### 4. Angaben zum Schädiger/zur Haftung

Name und Anschrift des Schädigers (ggf. des gesetzl. Vertreters) sowie ggf. dessen Privathaftpflichtversicherung:		
_____		
_____		
<b>Angaben zum Unfallgegner bei Kfz-Beteiligung:</b>		
- Kfz-Kennzeichen: _____		
- Name und Anschrift des Kfz-Halters: _____		
_____		
- Name und Anschrift der Kfz-Haftpflichtversicherung: _____		
_____		
- Versicherungsnummer: _____ Schadennummer: _____		
- Name und Anschrift des Fahrers: _____		
_____		
Ist Strafanzeige erstattet oder Strafantrag gestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorbehalten
wenn ja, Anschrift und Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft: _____		
_____		
Name und Anschrift des ggf. durch die/den Bedienstete(n) eingeschalteten Rechtsanwaltes:		
_____		

#### Allgemeine Datenschutzinformation:

Der telefonische, schriftliche oder elektronische Kontakt mit dem Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern ist mit der Speicherung und Verarbeitung der von Ihnen gegebenenfalls mitgeteilten persönlichen Daten verbunden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlament und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, L 314, S. 72, L 127 vom 23.5.2018, S. 2) in Verbindung mit § 4 Absatz 1 Landesdatenschutzgesetz. Weitere Informationen erhalten Sie hier: <https://www.regierung-mv.de/Datenschutz/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bedienstete(r)/  
Angehörige(r) ab Volljährigkeit

\_\_\_\_\_  
Sichtvermerk der Dienststelle