Drucken | Alle Eingaben löschen

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger

3 Empfänger/-in

Hanseatische Feuerwehr-Unfallkasse Nord
Landesgeschäftsstelle Mecklenburg-Vorpommern
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum Tag | Monat | Jahr

6 Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

7 Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers ☐ Keine Angabe

8 Staatsangehörigkeit Bitte auswählen

9 Leiharbeitnehmer/-in ☐ Ja ☐ Nein

10 Auszubildende/-r ☐ ja ☐ nein

11 Die versicherte Person ist ☐ Unternehmer/-in ☐ Gesellschafter/-in Geschäftsführer/-in ☐ mit der Unternehmerin/ dem Unternehmer: ☐ verheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend ☐ verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für ☐ Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort), bei Familienversicherung Name des Mitglieds)

14 Tödlicher Unfall? ☐ Nein ☐ Ja

15 Unfallzeitpunkt Tag | Monat | Jahr | Stunde | Minute

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

18 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung ☐ der versicherten Person ☐ anderer Personen

17 Unfall im Homeoffice ☐ Nein ☐ Ja

19 Verletzte Körperteile

20 Art der Verletzung

21 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift) War diese Person Augenzeugin / Augenzeuge des Unfalls? ☐ Nein ☐ Ja

22 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes oder des Krankenhauses

23 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person Beginn Stunde | Minute Ende Stunde | Minute

24 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/ tätig als

25 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat | Jahr

26 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

27 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt? ☐ Nein ☐ Sofort ☐ Später, am Tag | Monat | Stunde

28 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen? ☐ Nein ☐ Ja, am Tag | Monat | Jahr

29 Datum | Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) | Betriebsrat (Personalrat) | Telefon-Nr. für Rückfragen

Unterschrift/Stempel Bürgermeister/-in

Unterschrift Wehrführung der Feuerwehr

Zurück zur Unfallanzeige

Anlage zur Unfallanzeige

1. Gehört die verletzte Person einer Feuerwehr an? _____ ☐ ja ☐ nein
☐ ehrenamtlich ☐ hauptberuflich
oder handelt es sich um eine **helfende Person** aus der Bevölkerung? _____ ☐ ja ☐ nein
1.1 Name der Freiwilligen Feuerwehr _____
1.2 Löscheinheit/ Löschgruppe: _____

2. Art der Feuerwehr
Freiwillige Feuerwehr _____ ☐
Jugendfeuerwehr _____ ☐
Hauptamtliche Wachbereitschaft _____ ☐
Berufsfeuerwehr _____ ☐
Werkfeuerwehr _____ ☐

3. Art des Feuerwehrdienstes zum Unfallzeitpunkt (Unfalltag)
3.1 Brandbekämpfung _____ ☐
3.2 Rettungsdienst, Krankentransport _____ ☐
3.3 Technische Hilfeleistung _____ ☐
3.4 Abwehr sonstiger Gefahren _____ ☐
3.5 Übungs- und Schulungsdienst _____ ☐
3.6 Arbeits- und Werkstättendienst _____ ☐
3.7 Körperschulung und Sport _____ ☐
3.8 Feuerwehrdienstliche Veranstaltung (Art der Veranstaltung angeben) _____ ☐
_____

3.9 **Katastrophenschutz / Zivilschutz** _____ ☐
3.9.1 Trat der Unfall im Katastrophenschutz des **Zivilschutzes** ein? _____ ☐ ja ☐ nein
3.9.2 Handelte es sich um Ausbildung, Übung oder Einsatz einer überörtlichen oder besonderen Einheit?
(ABC-Zug, Löschzug Gefahrgut, Fernmeldezug usw.) _____ ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (bitte nachfolgend angeben)
_____

3.9.3 Ist der/die Feuerwehrangehörige verpflichtete/-r KatS-Helfer/-in? _____ ☐ ja ☐ nein

4. Beruf der verletzten Person*: _____
5. Bei wem ist die verletzte Person beruflich tätig?* (genaue Anschrift der Arbeitgeberin/ des Arbeitgebers)
_____
_____
6. Hat die verletzte Person die Tätigkeit in seinem/ ihrem Zivilberuf (Arbeitsverhältnis) eingestellt?*
☐ ja, ggf. von/ bis _____ ☐ nein
7. Ist die verletzte Person krankenversichert?* ☐ pflicht ☐ freiwillig ☐ privat
8. Kontaktdaten der verletzten Person für Rückfragen*
Telefonnummer (tagsüber): _____
E-Mail-Adresse: _____
9. Bankverbindung*:
IBAN: _____
BIC: _____
Bank/ Sparkasse: _____

* freiwillige Angaben