

## Bitte Antrag per Post im Original senden an

Universität des Saarlandes  
Beihilfestelle  
Meerwiesertalweg 15  
66123 Saarbrücken

Achtung: Dieser Unfallfragebogen ist **als Anlage zum Beihilfeantrag** nur von Beamten auszufüllen!  
Angestellte wenden sich bei einem Unfall bitte sofort an die Stabsstelle Arbeitsschutz der UdS!

### 1. Antragsteller/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefonnummer
Dienststelle	Personalnummer	Datum des zugehörigen Beihilfeantrags

### 2. Welche Person ist verunfallt?

<input type="checkbox"/> Antragsteller/in		Unfalldatum
<input type="checkbox"/> Ehegatte/in oder Lebenspartner/in	Name, Geburtsdatum	Unfalldatum
<input type="checkbox"/> Ja, für Kind 1	Name, Geburtsdatum	Unfalldatum
<input type="checkbox"/> Ja, für Kind 2	Name, Geburtsdatum	Unfalldatum
<input type="checkbox"/> Ja, für Kind 3	Name, Geburtsdatum	Unfalldatum
<input type="checkbox"/> Ja, für Kind 4	Name, Geburtsdatum	Unfalldatum

### 3. Werden Aufwendungen für Pflege oder Heilmaßnahmen geltend gemacht, die durch nahe Angehörige erbracht wurden?

<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, bitte Belegnummer aufführen	Wenn ja, bitte Belegnummer aufführen

### 4. Bei diesem Antrag handelt es sich um einen Erstantrag:

<input type="checkbox"/> Ja -> Bei einem Erstantrag ist der gesamte Fragebogen VOLLSTÄNDIG auszufüllen
<input type="checkbox"/> Nein -> Es handelt sich um einen <b>Folgeantrag ohne</b> Änderungen der Fragen 5 - 8
<input type="checkbox"/> Nein -> Es handelt sich um einen <b>Folgeantrag mit</b> Änderungen der Fragen 5 – 8 gegenüber den Angaben des letzten Antrages: Bitte den gesamten Fragebogen erneut VOLLSTÄNDIG auszufüllen

5. Bei dem Unfall handelt es sich um einen

<input type="checkbox"/> Unfall im privaten Bereich
<input type="checkbox"/> Dienst- oder Arbeitsunfall
<input type="checkbox"/> Kindergarten-/Schulunfall
<input type="checkbox"/> Berufskrankheit

6. Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen ein Anspruch auf Kostenerstattung (z.B. auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder beamtenrechtlicher Unfallfürsorge)?

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen

7. Kommt ein Schadenersatzanspruch gegen Dritte in Betracht??

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja

8. Detaillierte Unfallschilderung

Bitte in jedem Fall eine detaillierte Unfallschilderung beifügen, sowie ggf. Name und Anschrift des Schädigers und, falls bereits bekannt, die gegnerische Versicherung angeben:

Bitte geben Sie bei Folgeanträge jeweils an, ob es sich um unfallbedingte Aufwendungen handelt.

## Erklärung

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlagen für die Beihilfegewährung sind und dass auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Anwendungen sowie weitere Kostenerstattungen sofort der Beihilfestelle anzuzeigen sind. Für die hier geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt. Die Datenschutzhinweise gemäß Art 13 und 14 DSGVO auf dieser Seite habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

## Datenschutzhinweis gemäß Art 13 und 14 Datenschutz -Grundverordnung DSGVO

Ihre Daten werden von der Universität des Saarlandes zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter [www.uni-saarland.de/verwaltung/datenschutz](http://www.uni-saarland.de/verwaltung/datenschutz) abrufen. Die /Den behördliche/n Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [datenschutz@uni-saarland.de](mailto:datenschutz@uni-saarland.de).

Belegübersicht – Bitte alle Belege einzeln eintragen!

A) Belege des/der Antragstellers/in

Vom Antragsteller/in auszufüllen					Von der Beihilfestelle auszufüllen		
Beleg Nr.	Belegdatum	Art der Leistung (Behandlung, Krankenhaus, Rezept o.ä.)	Rechnungsbetrag [€]	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif [%], [€]	Dem Grunde nach beihilfefähiger Betrag [€]	Beihilfefähiger Betrag [€]	Ziffer 70 GOÄ Erstattung 100% [€]

Anmerkungen zu Belegen

Belegnummer	Anmerkungen
Belegnummer	Anmerkungen
Belegnummer	Anmerkungen

Belegübersicht – Bitte alle Belege einzeln eintragen!

B) Belege des/der Ehegatten/in oder eingetr. Lebenspartners/in

Vom Antragsteller/in auszufüllen					Von der Beihilfestelle auszufüllen		
Beleg Nr.	Belegdatum	Art der Leistung (Behandlung, Krankenhaus, Rezept o.ä.)	Rechnungsbetrag [€]	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif [%; €]	Dem Grunde nach beihilfefähiger Betrag [€]	Beihilfefähiger Betrag [€]	Ziffer 70 GOÄ Erstattung 100% [€]

Anmerkungen zu Belegen

Belegnummer	Anmerkungen
Belegnummer	Anmerkungen
Belegnummer	Anmerkungen

## Belegübersicht – Bitte alle Belege einzeln eintragen!

### C) Belege der Kinder

Vom Antragsteller/in auszufüllen					Von der Beihilfestelle auszufüllen		
Beleg Nr.	Belegdatum	Art der Leistung (Behandlung, Krankenhaus, Rezept o.ä.)	Rechnungsbetrag [€]	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif [%], €]	Dem Grunde nach beihilfefähiger Betrag [€]	Beihilfefähiger Betrag [€]	Ziffer 70 GOÄ Erstattung 100% [€]

### Anmerkungen zu Belegen

Belegnummer	Anmerkungen
Belegnummer	Anmerkungen
Belegnummer	Anmerkungen