

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

**Kommunale  
Unfallversicherung Bayern**  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person      6 Geburtsdatum      Tag      Monat      Jahr

7 Straße, Hausnummer      Postleitzahl      Ort

8 Geschlecht      9 Staatsangehörigkeit      10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten  
 Männlich     Weiblich

11 Tödlicher Unfall      12 Unfallzeitpunkt      13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)  
 Ja       Nein      Tag      Monat      Jahr      Stunde      Minute

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung     der versicherten Person     anderer Personen

15 Verletzte Körperteile      16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?     Nein     Sofort      Später am      Tag      Monat      Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?     Nein     Ja, am      Tag      Monat      Jahr

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

20 Erstbehandlung:  
Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses      21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung  
 Beginn      Stunde      Minute      Ende      Stunde      Minute

22 Datum      Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung      Telefon-Nr. für Rückfragen

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

**Kommunale  
Unfallversicherung Bayern**  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person      6 Geburtsdatum      Tag      Monat      Jahr

7 Straße, Hausnummer      Postleitzahl      Ort

8 Geschlecht      9 Staatsangehörigkeit      10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten  
 Männlich     Weiblich

11 Tödlicher Unfall      12 Unfallzeitpunkt      13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)  
 Ja       Nein      Tag      Monat      Jahr      Stunde      Minute

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung       der versicherten Person       anderer Personen

15 Verletzte Körperteile      16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?       Nein       Sofort      Später am      Tag      Monat      Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?       Nein       Ja, am      Tag      Monat      Jahr

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

20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses      21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung  
 Beginn      Stunde      Minute      Ende      Stunde      Minute

22 Datum      Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung      Telefon-Nr. für Rückfragen

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

Kommunale  
Unfallversicherung Bayern  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich  Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall

Ja  Nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung unterbrochen?

Nein  Sofort

Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am Tag Monat Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge  
des Unfalls?

Ja  Nein

20 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

Kommunale  
Unfallversicherung Bayern  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich  Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall

Ja  Nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung unterbrochen?

Nein  Sofort

Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am Tag Monat Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge  
des Unfalls?

Ja  Nein

20 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

Kommunale  
Unfallversicherung Bayern  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich  Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall

Ja  Nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung unterbrochen?

Nein  Sofort

Später am

Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am

Tag Monat Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge  
des Unfalls?

Ja  Nein

20 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

Kommunale  
Unfallversicherung Bayern  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person

6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

8 Geschlecht

Männlich  Weiblich

9 Staatsangehörigkeit

10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall

Ja  Nein

12 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute

13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile

16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung unterbrochen?

Nein  Sofort

Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch  
der Einrichtung wieder aufgenommen?

Nein

Ja, am Tag Monat Jahr

19 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

War diese Person Augenzeugin/ Augenzeuge  
des Unfalls?

Ja  Nein

20 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung

Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum

Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung

Telefon-Nr. für Rückfragen

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

Kommunale  
Unfallversicherung Bayern  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person 6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

8 Geschlecht  Männlich  Weiblich 9 Staatsangehörigkeit 10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall  Ja  Nein 12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute 13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile 16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?  Nein  Sofort Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?  Nein  Ja, am Tag Monat Jahr

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

20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

Kommunale  
Unfallversicherung Bayern  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person 6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

8 Geschlecht  Männlich  Weiblich 9 Staatsangehörigkeit 10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall  Ja  Nein 12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute 13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile 16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?  Nein  Sofort Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?  Nein  Ja, am Tag Monat Jahr

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

20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen



# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

Kommunale  
Unfallversicherung Bayern  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person 6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

8 Geschlecht  Männlich  Weiblich 9 Staatsangehörigkeit 10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall  Ja  Nein 12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute 13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile 16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?  Nein  Sofort Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?  Nein  Ja, am Tag Monat Jahr

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

20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen

# UNFALLANZEIGE

für Kinder in Tagesbetreuung oder  
vorschulischer Sprachförderung,  
Schülerinnen und Schüler, Studierende  
2 Träger der Einrichtung

1 Name und Anschrift der Einrichtung

4 Empfänger/-in

Kommunale  
Unfallversicherung Bayern  
80791 München

3 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers



5 Name, Vorname der versicherten Person 6 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

7 Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort

8 Geschlecht  Männlich  Weiblich 9 Staatsangehörigkeit 10 Name und Anschrift der gesetzlich Vertretungsberechtigten

11 Tödlicher Unfall  Ja  Nein 12 Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute 13 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

14 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (insbesondere Art der Veranstaltung, bei Sportunfällen auch Sportart)

Die Angaben beruhen auf der Schilderung  der versicherten Person  anderer Personen

15 Verletzte Körperteile 16 Art der Verletzung

17 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung unterbrochen?  Nein  Sofort Später am Tag Monat Stunde

18 Hat die versicherte Person den Besuch der Einrichtung wieder aufgenommen?  Nein  Ja, am Tag Monat Jahr

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

20 Erstbehandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses 21 Beginn und Ende des Besuchs der Einrichtung Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

22 Datum Leiter/-in (Beauftragte/-r) der Einrichtung Telefon-Nr. für Rückfragen