

**Meldung**

**gemäß § 6 EFZG (§ 22 TVöD, § 22 TVL)**  
(Forderungsübergang bei Dritthaftung)

**von der Mitarbeiterin / dem Mitarbeiter auszufüllen  
im Verhinderungsfall von der Beschäftigungsbehörde**

Name , Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer	Telefon-Nr. Dienstlich Privat
Anschrift am Tage des Unfalls: Straße, Haus-Nr., PLZ Wohnort			
beschäftigt als		Lohn-/Entgeltgruppe: <input type="checkbox"/> TVöD <input type="checkbox"/> TVL	
Beschäftigungsbehörde			
Jahresurlaubsanspruch = Arbeitstage	Jahreszusatzurlaub = Arbeitstage		

Am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr in \_\_\_\_\_

Unfallort (PLZ, Ort, Straße)

habe ich  während meiner Arbeitszeit  auf dem Weg zur bzw. von der Arbeitsstelle  außerhalb meiner Arbeitszeit einen Unfall erlitten. An diesem war nach meiner umseitigen Schilderung des Unfallvorganges als Schädiger /-in Herr / Frau

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer) \_\_\_\_\_

beteiligt. Diese/r ist haftpflichtversichert bei \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Versicherungs- bzw. Schadensnummer \_\_\_\_\_

Der Unfall wurde unter dem Aktenzeichen \_\_\_\_\_ von der Polizei aufgenommen.

Der Unfall wurde nicht durch die Polizei aufgenommen.

Zur Feststellung/ Klärung der unfallbedingt erlittenen Körperschäden und Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem Eigenbetrieb des Landes Bremen Performa Nord, Schillerstraße 1, 28195 Bremen, entsprechende Auskünfte erteilt werden und entbinde insoweit alle mich behandelnden Ärzte, Versicherungen etc. von der ärztlichen Schweigepflicht.

Aus Anlass dieses Unfalles war /bin ich vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ arbeitsunfähig erkrankt.

Schadensersatzansprüche, die in diesem Zusammenhang aufgrund tarifvertraglich gewährter Leistungen entstanden sind, trete ich hiermit an die Freie Hansestadt Bremen bzw. Stadtgemeinde Bremen – vertreten durch die Performa Nord, Schillerstraße 1, 28195 Bremen – unwiderruflich ab. Gleichzeitig verpflichte ich mich, über diese Schadensersatzansprüche nicht zu verfügen.

**Mir ist bekannt, dass**

- mein Arbeitgeber nur den Schadensersatzanspruch wegen der Arbeitsunfähigkeit kraft tarifrechtlichen/gesetzlichen Übergangs verfolgt, der sich auf die weitergezahlten Krankenbezüge/ Entgeltfortzahlung und sonstige Bezüge erstreckt **und dass ich ggf. weitergehende Ansprüche** (z. B. Verdienstaufschlag nach Ablauf der Frist gemäß § 37 BAT, § 22 TVöD bzw. § 22 TVL, Sachschäden und Schmerzensgeld) selbst geltend machen und verfolgen muss.
- ich Abfindungserklärungen nur dann unterzeichnen darf, wenn darin ausdrücklich der auf einen Arbeitgeber tarifrechtlich/ gesetzlich übergegangene Schadensersatzanspruch aufgenommen ist.**

Bitte wenden!

3. mein Arbeitgeber berechtigt ist, die Zahlung der Krankenbezüge/des Entgelts und sonstiger Bezüge zu verweigern und/ bzw. zurückzufordern, wenn ich den Übergang/ die Durchsetzung des Schadens ersatzanspruchs verhindere.

Schilderung des Unfallhergangs

(geben Sie bitte ggf. auch Namen und Anschriften von Zeugen an)

Ort, Datum

Unterschrift

**Stempel der Beschäftigungsbehörde**

**Datum**

**Telefon**

**Unser Zeichen**

U. - mit Anlagen -

Performa Nord P 5  
Eigenbetrieb des Landes Bremen  
Schillerstraße 1

28195 Bremen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersenden wir Ihnen nach Kenntnisnahme und Prüfung den Vorgang mit der Bitte um Bearbeitung (Geltendmachung der Schadensersatzansprüche).

Die/ Der umseitig genannte Mitarbeiterin/ Mitarbeiter war unfallbedingt arbeitsunfähig erkrankt in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ und hat die Arbeit am \_\_\_\_\_ wieder aufgenommen. Sollten in diesem Zusammenhang weitere unfallbedingte Arbeitszeiträume eintreten, werden wir den Unfallvorgang erneut übersenden.

**Die entsprechenden ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind in der Anlage im Original beigelegt.**

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag