



MON PREMIER ASSUREUR

MAE de la MOSELLE
8 rue Pasteur - BP 20503
57009 METZ CEDEX 1
Tél. : + 33 (0) 2 32 83 60 57
Fax : +33 (0) 3 87 62 49 75
mae57@mae.fr



Deutsch-Französische Agentur für den Austausch in der beruflichen Bildung
Agence franco-allemande pour les échanges dans l'enseignement
et la formation professionnels
Franz-Josef-Röder-Straße 17 - D-66119 Saarbrücken
T. +49 (0) 681 501-1180 - www.protandem.org

DÉCLARATION D'ACCIDENT

SCHADENSMELDUNG

Im Interesse einer zügigen Bearbeitung der Meldung ist folgendes zu beachten :

- **MELDEFRIST : 5 TAGE**
- **BERICHT ÜBER DEN ABLAUF DES SCHADENSEREIGNISSES:**
- **UNBEDINGT ERFORDERLICH**, selbst wenn von der Polizei oder Gendarmerie ein Protokoll aufgenommen worden ist.
- **BEIZUFÜGENDE UNTERLAGEN :**
 - Bescheinigungen des behandelnden Arztes oder Krankenhauses
 - Zeugenaussagen
 - Niederschrift über eine gütliche Einigung
 - Kostenvoranschläge oder Rechnungen
- **DIE SCHADENSMELDUNG IST VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLT MIT ALLEN UNTERLAGEN ÜBER PROTANDEM DER MAE EINZUREICHEN :**
Die MAE bestätigt den Eingang der Meldung unter Angabe eines Aktenzeichens; dieses Aktenzeichen ist auf allen Unterlagen zu vermerken.
- **WÄHREND DER DAUER DER ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG NACH DEM UNFALL :**
sind die Krankenkasse des Geschädigten und die MAE über den Ablauf der Behandlung auf dem Laufenden zu halten.
- **AM ENDE DER BEHANDLUNG :**
Die MAE ist ebenfalls über das Ende der Behandlung zu informieren.
- **SCHADENSANSPRÜCHE GEGEN DRITTE :**
Die MAE macht Schadensansprüche gegen Dritte und deren Versicherung geltend.
Hierbei prüft sie selbst, ob und in welcher Höhe solche Schadensansprüche geltend gemacht werden können.

SCHADENSMELDUNG
Ist innerhalb von 5 Tagen über
ProTandem der



MAE de la MOSELLE
8 rue Pasteur - BP 20503
57009 METZ CEDEX 1
Tél. : +33 (0) 2 32 83 60 57
Fax : +33 (0) 3 87 62 49 75
mae57@mae.fr

mitzuteilen.

A: lié	Etab.				N° Evt					A: lié	Etab.					
Glie	Act.		Risq.							Glie	Act.		Risq.			
AR	Obs.									AR	Obs.					

Deutsche
Partnereinrichtung _____
Französische
Partnereinrichtung _____
Austauschnummer _____

Genauere Unfallstelle _____

Unfalldatum und - ort _____

Datum _____ Uhrzeit _____ Stadt/Gemeinde _____ PLZ _____

A- Versicherter

Name _____
Großbuchstaben

Vorname _____ geb.am _____
Großbuchstaben

Adresse _____

Ort _____ PLZ _____

Stadt _____

Gesetzlicher Vertreter (Vater, Mutter, Vormund)

Name, Vorname _____

Beruf _____ ① _____

Krankenkasse _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Erlittene Schäden

Körperliche _____

Materielle _____

Ist der Geschädigte bei einer anderen Gesellschaft versichert
(Haftpflcht...)? Wenn ja :

Gesellschaft _____

Nr. der Versich.Police _____

Versicherungsagentur _____

B- Beteiligter Dritter

Partnereinrichtung _____

Name _____
Großbuchstaben

Vorname _____ geb.am _____
Großbuchstaben

Adresse _____

Ort _____ PLZ _____

Stadt _____

Gesetzlicher Vertreter (nur für Minderjährige)

Name, Vorname _____

Beruf _____ ① _____

Erlittene Schäden

Körperliche _____

Materielle _____

Gesellschaft _____

Nr. der Versich.Police _____

Versicherungsagentur _____

C- GENAUE UMSTÄNDE (muss unbedingt ausgefüllt werden)

- A Zu Fuß mit dem Fahrrad mit dem Bus mit dem Moped mit dem Motorrad mit dem Auto Fahrer Mitfahrer oder
- B Zu Fuß mit dem Fahrrad mit dem Bus mit dem Moped mit dem Motorrad mit dem Auto Fahrer Mitfahrer oder

AUSSAGEN VON (UNFALL-)ZEUGEN + EVTL. PLAN DER UNFALLSTELLE (s. Rückseite)

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters oder des volljährigen
Versicherten

Datum der Meldung

Unterschrift des Leiters der Einrichtung

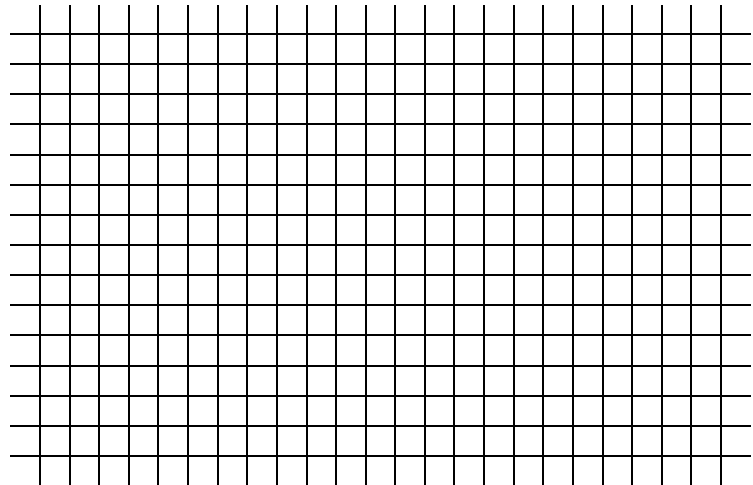
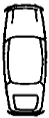
D- AUSSAGEN VON ZEUGEN (Namen und Adressen sind anzugeben)

E- PLAN DER UNFALLSTELLE



Anzugeben :

- Ortsplan
- Position von A und B zum Unfallzeitpunkt



F- Wurde der Unfall/Schaden gemeldet ?

ja

nein

Wenn ja, Anschrift der Dienststelle der Polizei/Gendarmerie

Wurde Anzeige gestattet ?

ja

nein

Wenn ja, gegen wen ?

Cadre réservé à la MAE

L'expertise a été demandée le _____ à Monsieur _____

Le P.V a été demandée le _____ à Maître _____

Autres mesures prises _____

Pièces jointes : _____

Observations : _____



ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

ist jeder Unfallmeldung beizufügen
Bei Schäden an Zähnen bitte Rückseite der Bescheinigung ergänzen.

Angaben zum Geschädigten

Name und Vorname(n) _____

Geburtsdatum _____

Unfalldatum _____

Ich bestätige, dass ich am _____

Herrn/Frau _____ geb. am _____

wohnhaft in _____

der/die erklärte, am _____ einen Unfall erlitten zu haben, untersucht habe.

GENAUE BESCHREIBUNG DER VERLETZUNGEN

Wurde der Geschädigte stationär behandelt ja nein

Ort des Krankenhauses: _____

Wenn ja, voraussichtliche Dauer: _____

Wurde die Ausbildung unterbrochen? ja nein

Wenn ja, Dauer der Unterbrechung: _____

Ist eine Behandlung erforderlich?

Voraussichtliche Dauer: _____

Ort, Datum _____

Behandelnder Arzt _____
(Unterschrift + Stempel)



**BESCHEINIGUNG
BESCHREIBUNG DER ZAHNSCHÄDEN**

(ist jeder Unfallmeldung mit Zahnschäden beizufügen)

Angaben zum Geschädigten:

Name und Vorname des Geschädigten: _____

Geburtsdatum: _____

Unfalldatum: _____

GENAUE BESCHREIBUNG DER ZAHNSCHÄDEN:

(die Verletzung ist für jeden Zahn genau zu beschreiben)

PROGNOSE UND VORAUSSICHTLICHE BEHANDLUNG:

(Vorgenommene Behandlung, Reparatur, Zahnersatz)

VORGESEHENE ENDGÜLTIGE PROTHESE:

(Bitte angeben : verwendetes Material)

Kostenvoranschlag: _____

Wann wird der Zahnersatz voraussichtlich eingesetzt ? _____

Name, Adresse
oder Stempel

Datum und Unterschrift
des Zahnarztes