Nicht bestempeln oder beschriften



Aktenz.

Den nachstehenden Schadenfall melde ich

hiermit an:

(PLZ)            , den 20.05.15  
**KOMMUNALER SCHADENAUSGLEICH HANNOVER**

V e r r e c h n u n g s s t e l l e S C H Ü L E R U N F A L L

**Marienstr. 11**

..............................................................................................

**30171 Hannover** (Stempel und Unterschrift der Mitgliedsverwaltung)

**⌫** hier anklicken u. F1-Taste Mitgliedsnummer:  Tel.:

Ihre Ansprechpartner beim KSA Ansprechpartner(-in):

**Fragebogen für Unfälle von Kindern, Schülern oder Jugendlichen**

(Für die nach SGB VII geschützten Personen nur bei Tod bzw. Invalidität

- sofern Sondervereinbarung abgeschlossen - verwenden.)

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Art der Schule (auch Klasse), des Sport- Jugendver- **⌦** bandes oder der Tageseinrichtung |  |
| **Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen?** | beim KSA gespeichertes Konto der Verwaltung |
| Kontoinhaber |  |
| Geldinstitut: |  |
| Bankleitzahl: |  |
| Kontonummer : |  |
| **I. Angaben über die/den Verletzte(n)** |  |
| Vor- und Zuname |  |
| Geburtsdatum: **⌦** | .  .    . |
| Anschrift: | Straße: |
|  | Plz.: |
| Besteht (ggfs. über die Eltern oder Ehegatten) Beihilfeberechtigung ? | ja  nein |
| **II. Angaben über das Schadenereignis** |  |
| 1. Wann (Datum und Uhrzeit) und wo hat sich der   Unfall ereignet? | **⌦**   .  .    ,      Uhr, |
| 2. Ursache des Unfalls und Schilderung des Sachverhalts:  Präzise Angaben beschleunigen die Sachbearbeitung! |  |
| 3. Welche Verletzungen hat der/die Betroffene davongetragen? |  |
| Die ärztliche Diagnose Lautet: |  |
|  |  |
|  |  |
| 4. Seit wann befindet sich der/die Verletzte in ärztlicher Behandlung? | stationär  ambulant |
| 5. Name und Anschrift des behandelnden Arztes/ der  behandelnden Ärztin: | Straße:  Plz.: |
| 6. Wurde der Unfall dem Gemeinde-Unfallversicherungsverband  gemeldet?  nur bei Personen nach SGB VIII | ja  nein |
| 7. a) Besteht für den/die Verletzte(n) eine private  Unfallversicherung? | ja  nein |
| b) Bei welcher Versicherung? |  |
| c) Auf wessen Kosten?**:** |  |
| 8. a) Welcher Krankenkasse, Kranken- oder Unfallversicherung  gehören der/die Verletzte oder seine/ihre Eltern an? |  |
| b) Bestehen Versorgungs- oder Beihilfeansprüche? | ja  nein |
| Gegen wen? |  |
| 9. a) Gegen wen können Schadenersatzansprüche geltend  gemacht werden? |  |
| b) Bei Verkehrsunfällen: Wie ist die Schuldfrage einzuschätzen? | Eigenverschulden  Schuld des Unfallgegners  Schuldfrage unklar |
| 10. Haben polizeiliche Ermittlungen stattgefunden? | ja  nein |
| Bei welcher Stelle und unter welchem Aktenzeichen können  evtl. die Ermittlungsakten angefordert werden? | Stelle/Behörde:  Straße/Pf.:  Plz.: |
| Raum für Bemerkungen: | |
| **Anträge auf Gewährung einer Invaliditätsentschädigung sind innerhalb von 5 Jahren,**  **vom Unfalltag an gerechnet, zu stellen.** | |
| .............................................................................  Unterschrift der/des Erziehungsberedhtigten  bzw. der/des volljährigen Verletzten | (Plz.):.............................................,den .............. |