

Aktenz.
Den nachstehenden Schadenfall melde ich
hiermit an:

, den

KOMMUNALER SCHADENAUSGLEICH HANNOVER
Verrechnungsstelle SCHÜLERUNFALL
Marienstr. 11

30171 Hannover

.....
(Stempel und Unterschrift der Mitgliedsverwaltung)

Mitgliedsnummer: Tel.:

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- Jugendverbandes oder der Tageseinrichtung | |
| Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen? | <input type="checkbox"/> 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 ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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: | |
| 3. Welche Verletzungen hat der/die Betroffene davongetragen? | |
| Die ärztliche Diagnose lautet: | |
| | |

| | |
|---|---|
| | |
| 4. Seit wann befindet sich der/die Verletzte in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant |
| 5. Name und Anschrift des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin: | Straße: Plz.: |
| 6. Wurde der Unfall dem Gemeinde-Unfallversicherungsverband gemeldet? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. a) Besteht für den/die Verletzte(n) eine private Unfallversicherung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gegen wen? | |
| 9. a) Gegen wen können Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden? | |
| b) Bei Verkehrsunfällen: Wie ist die Schuldfrage einzuschätzen? | <input type="checkbox"/> Eigenverschulden <input type="checkbox"/> Schuld des Unfallgegners |
| 10. Haben polizeiliche Ermittlungen stattgefunden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Erziehungsberechtigten bzw. der/des volljährigen Verletzten | (Plz.):.....,den |