

Nicht bestempeln oder beschriften

Aktenz.

Den nachstehenden Schadenfall melde ich

hiermit an:

(PLZ)            , den
**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)

 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- Jugendver- bandes oder der Tageseinrichtung  |       |
| **Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen?** | [ ]  beim KSA gespeichertes Konto der Verwaltung |
| Kontoinhaber |       |
| Geldinstitut: |       |
| IBAN (22-stellig): |       |
| BIC : |       |
| **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? |       |
| 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? | [ ]  stationär [ ]  ambulant |
|   5. Name und Anschrift des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin: |      Straße:      Plz.:             |
|  6. Wurde der Unfall dem Gemeinde-Unfallversicherungsverband gemeldet? | [ ]  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 könnenevtl. 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 Erziehungsberechtigtenbzw. der/des volljährigen Verletzten | Ggfs. Stempel und Unterschrift des VereinsPlz.:             den       |

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

 Unterschrift der verantwortlichen Aufsichtsperson Unterschrift der Leitung bzw. Jugendamt/Jugendpflege