



Name	Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer
		Dienststellennummer	
		Telefonische Erreichbarkeit	
		E-Mail-Adresse	
Regierungspräsidium Kassel Dezernat Beihilfen Hünfeld 36086 Hünfeld			

Anlage Unfall

Unfallaufwendungen bitte auf den Belegen deutlich mit einem „U“ kennzeichnen.

Name, Vorname der geschädigten Person	
Unfalltag	
Unfallort	
Unfalldiagnose/n	

Unfallart

Unfall im privaten Bereich	
<input type="checkbox"/> mit Schadensersatzanspruch	<input type="checkbox"/> ohne Schadensersatzanspruch

Dienstunfall		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angezeigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anerkannt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Entscheidung steht noch aus
Aktenzeichen Dienstunfallfürsorgestelle			

Kita-/Schul-/Studiums-/Arbeitsunfall		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	--	-----------------------------	-------------------------------

Unfall im Rahmen des Vereinssports		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	--	-----------------------------	-------------------------------

Unfall nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angezeigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anerkannt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Entscheidung steht noch aus
Aktenzeichen Versorgungsamt			

Unfallschilderung

Bitte fügen Sie ggf. eine ausführliche Schilderung des Unfallhergangs bei.

Unfallverursachende Person

Name, Vorname Unfallverursachende/r		
Anschrift	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl	Ort
	Land	

Name Versicherung Unfallverursachende/r		
Anschrift	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl	Ort
	Land	
Schadensnummer		

Wurden bereits Schadensersatzansprüche geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein
Verfahren bei (bitte zuständige Polizeibehörde/ Staatsanwaltschaft/Gericht ergänzen)	<input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Staatsanwaltschaft <input type="checkbox"/> Gericht <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Aktenzeichen		

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift