

HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG
Unfall-Sport-Schaden
Postfach 13 03 19, 50497 Köln
Tel. (0221) 144-3309 / Fax (0221) 144-603309

Schadenanzeige
Sportunfall-Versicherung
– BSV Bad Bramstedt –

Wichtiger Hinweis!

Todesfälle bitte unverzüglich telefonisch oder per Fax melden! Werden Ansprüche geltend gemacht, ist diese Anzeige innerhalb zweier Wochen nach dem Unfall ausgefüllt abzusenden!

Name und Anschrift der BSG	Vers.-schein-Nr. (bitte unbedingt angeben) 22 - 6315205
----------------------------	--

Name und Anschrift des Unfallsachbearbeiters beim Verein r	Vorwahl/Telefon (8.00-16.00Uhr)
--	---------------------------------

Ist die BSG Mitglied des LBSV S-H <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Betriebssportverband	79-80
--	----------------------	-------

Angaben über die verletzte Person (zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen) Statis

Funktion im Verein <input type="checkbox"/> aktives Mitglied <input type="checkbox"/> passives Mitglied <input type="checkbox"/> Vorstandsmitglied <input type="checkbox"/> nebenberufl. Trainer/Übungsl. <input type="checkbox"/> Gastspieler <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vor- und Zuname	Geburtsdatum	51-52	
	Postleitzahl	Wohnort, Straße	53	
	Ist der/die Verletzte Vereinsmitglied? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Mitglied seit dem			54-55
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	unterhaltsber. Kinder Anzahl		56
	Ausgeübte Berufstätigkeit	erlernter Beruf		57
	<input type="checkbox"/> Lohnempfänger <input type="checkbox"/> Gehaltsempfänger <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> im elterl. Betrieb			X
	Krankenkasse – Krankenversicherung (bei Schülern oder Hausfrauen die des Versorgers)			58
				X
	<input type="checkbox"/> pflichtkrankenvers. <input type="checkbox"/> freiw. sozialversichert <input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> privat krankenvers. <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge			59

Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für den Verletzten eine weitere Unfallversicherung? Name der Gesellschaft	<input type="checkbox"/> private? <input type="checkbox"/> durch den Arbeitgeber?
Anschrift	Versicherungsschein-Nr.

Der Sportunfall ist gemeldet worden der Krankenkasse am:	der privaten Unfallvers. am:
---	------------------------------

Angaben über den Unfalltag, den Unfallort und die Art der Veranstaltung

Unfalltag / Datum	Unfallort
Uhrzeit (24-Std.-Zeit)	Straße, Sportplatz, Sporthalle? Wegeunfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei welcher Sportart?	Aus welchem sonstigen Anlaß?
Art der Veranstaltung <input type="checkbox"/> Wettkampf <input type="checkbox"/> Mannschaftstraining <input type="checkbox"/> Wegeunfall <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wer hat die Teilnahme an der Veranstaltung angeordnet?
	Dauer der Veranstaltung, Wettkampf, Training etc. Beginn (Uhrzeit) Ende (Uhrzeit)
	In welcher Eigenschaft nahm der Verletzte teil? (z.B. aktiver Teilnehmer, Übungsleiter)
	Wer war der Veranstalter? Wer hatte die Aufsicht bzw. die Leitung? (Name/Funktion)

Angaben über die Verletzung und den Unfall

Welche Verletzungen sind eingetreten? (Körperteil genau bezeichnen. Arzt diagnose angeben)

Wie oder wodurch hat sich der Unfall ereignet? (Bitte Hergang und Ursache genau schildern)

Bei Wegeunfällen Unfallaufnahme durch Polizeidienststelle in

AZ

Name, Anschrift von Unfallzeugen

Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet?

nein ja: welcher?

Die erste ärztliche Behandlung fand statt: Datum

durch Hausarzt Facharzt Krankenhausarzt

Anschrift des Arztes

Ist stationäre Krankenhausbehandlung notwendig?

nein ja: Dauer von bis

Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit dauert voraussichtlich bis zum:

Anschrift des Krankenhauses, Name des Arztes.

Hat der Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen gelitten? An welchen?

nein ja: an

Invaliditätsgrad %

Hat der Verletzte schon früher Unfälle erlitten?

nein ja: im Jahr Privatunfall

Welche Körperteile wurden verletzt?

Arbeitsunfall

Wurde der Verletzte schon aus einem Sportunfall entschädigt?

nein ja: wegen Unfallschaden vom:

Für welchen Körperschaden?

Aktenzeichen

Bemerkungen

Erklärungen

Der Verletzte und die BSG haben Kenntnis, dass ein Anspruch auf Invaliditätsentschädigung spätestens innerhalb einer Frist von 15 Monaten seit dem Unfall geltend zu machen ist. Weiter wird erklärt, daß alle Fragen richtig beantwortet sind.

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der Gesellschaft die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Datum - Unterschrift des Verletzten (gesetzlichen Vertreters)

Konto des Verletzten im Leistungsfall

Kontoinhaber ist

Bankverbindung

BLZ:

Konto-Nr.:

Datum - Unterschrift und Stempel des Vereins