

AKTENNUMMER : _____

[A] Durch den Unfallmelder auszufüllen

1 UNTERZEICHNER DES VERTRAGES (Verband, Liga, usw.)

VERBAND DEUTSCHSPRACHIGER TURNVEREINE

Vertragsnr. : 4 5 3 7 4 9 1 5 Telefon : 080/340138

Referenz : _____

Vollständige Bezeichnung des Vereins : _____

Ausgeübte Aktivität : _____

Name des Verantwortlichen des Vereins : _____

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Strasse

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____

2 GESCHÄDIGTE(R) (in Druckschrift bitte)

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-FrL. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname

Geburtsdatum : _____ Nationalregisternummer : _____

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Strasse

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

Telefon : _____ Kontonummer : _____

Tätigkeit der/des Geschädigten zum Zeitpunkt des Unfalls

Spieler Schiedsrichter Delegierter Sportfunktionär Zuschauer Andere : _____

Gesetzliche(r) Vertreter(in) (Vater, Mutter oder Vormund ...)

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-FrL. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Strasse

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

Telefon : _____ Kontonummer : _____

Beruf : _____

3 UNFALLDATUM UND -ORT

Datum des Unfalls : _____ Tag : _____ Uhrzeit : _____ U _____

Während der Teilnahme an einer Aktivität des vorgenannten Vereins

Genauer Ort : _____

Auf dem Hin- oder Rückweg der Aktivität

Individuelle Fortbewegung Kollektive Fortbewegung

Genauer Ort : _____

Verwendetes Beförderungsmittel : _____

4

UNFALLBESCHREIBUNG (Ursachen, Umstände, Folgen und/oder Schäden)

.....

.....

.....

.....

.....

5

WENN EINE ANDERE PARTEI IN DEN UNFALL VERWICKELT IST, FÜLLEN SIE DIESE ZONE AUS

- Handelt es sich um einen versicherten Dritten ? Ja Nein
- Handelt es sich um einen ausländischen Dritten ? Ja Nein
- Angaben der Drittperson
 Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-Frl. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchennamen
- Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Strasse
- Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____
- Versicherungsgesellschaft : _____ Policenr. : _____
- Wurde eine andere Partei in den Unfall verwickelt ? Ja Nein
- Ist der Unfall einer defekten Anlage zuzuschreiben ? Ja Nein
 Bejahendenfalls, bitte näher bestimmen : _____
- Wurde ein Protokoll durch eine Behörde aufgenommen ? Ja Nein
 Bejahendenfalls, durch welche ? _____

6

ZEUGEN**A. Name und Adresse des Zeugen des Unfalls :**

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-Frl. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchennamen

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Strasse

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

B. Falls keine Augenzeugen vorhanden sind, Name und Adresse der Person, die Zeuge des Zustandes und der Klagen des Verletzten, gleich nach dem Unfall, war :

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-Frl. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchennamen

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Strasse

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

Wenn noch mehr Zeugen (als A und B) vorhanden sind, deren Angaben bitte auf getrenntem Blatt vermerken.

C. In Ermangelung der Zeugen A und B, wann und durch wen wurden Sie von dem Unfall in Kenntnis gesetzt ? _____

7

AUFSICHT

- Wurde sie von einem Beauftragten des organisierenden Sportverbandes oder des versicherten Vereins ausgeübt ? Ja Nein
 Bejahendenfalls, durch wen ?
 Name : _____ Vorname : _____
 Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
 Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

Ausgestellt in

am

Unterschrift des Verantwortlichen des Vereins,

[B] Hinweis für die Opfer eines Sportunfalls oder für deren Eltern

- 1) Sie wurden Opfer eines Sportunfalls für den Ethias als Versicherungsträger zuständig ist.
- 2) Der Versicherungsvertrag garantiert die Vergütung der Pflegekosten, die die Auszahlungen der Krankenkasse übersteigen. Nur die Leistungen, die im Verzeichnis des Landesinstitutes für Kranken- und Invalidenversicherung (L.I.K.I.V.) vorgesehen sind, können Gegenstand einer Vergütung werden (Ausnahmen ausgenommen).
- 3) In Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen, müssen die Ärzte und Kliniken die Begleichung ihrer gebräuchlichen Leistungen unmittelbar beim Patienten oder bei seinen Eltern anfordern und die, für die Krankenkasse bestimmten Pflegebescheinigungen aushändigen.
- 4) Auf Vorzeigen der Zahlungsbelege und der Abrechnungen der Krankenkasse vergütet Ethias den Betrag ihrer Kostenbeteiligung, gemäß der angegebenen Zahlungsart (Kontonummer).
- 5) Das Opfer hat die freie Wahl des Arztes (oder der Klinik); ungeachtet des Arztes, der die Erste Hilfe geleistet hat.

WICHTIG

Wir bitten Sie, den nachstehenden Rahmen zu vervollständigen oder eine Krankenkassenvignette aufzukleben und das Genehmigungsersuchen bezüglich der ärztlichen Angaben zu unterzeichnen.

Name und Vorname des Mitglieds : _____

Kranken- und Invalidenversicherung : _____

Mitgliedschaftsnummer : _____

Achtung: das Gesetz vom 9. August 1963 verpflichtet einen jeden, sich einer Krankenkasse anzuschließen. Falls Sie nicht von dieser gesetzlichen Maßnahme betroffen sind, so bitten wir Sie, nachstehend die genaue Begründung aufzuführen.

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

Ethias trägt die persönlichen Angaben, die Sie betreffen zu folgenden Zwecken zusammen : Risikoabschätzung, Verwaltung der Verträge und der Schadensfälle und für sämtliche Marketingaktionen ihrer Dienste und die Erschließung einer Stammkundschaft. Diese Angaben können den Gesellschaften, die der Ethias-Gruppe angehören zu Marketingzwecken mitgeteilt werden.

Sie können zu den Angaben, die Sie betreffen, Zugang haben, deren eventuelle Berichtigung beantragen und kostenlos die Verwendung zu Marketingzwecken verweigern. Möchten Sie sich gegen diese Verwendung aussprechen ?

Die Angaben über die Gesundheit werden für die Annahme der bei Ethias unterzeichneten Risiken verwendet, um den Umfang der Garantien des Vertrages festzulegen und für die Verwaltung des Vertrages und der Schadensfälle. Die Empfänger dieser Angaben sind die Personen, die bei Ethias mit diesen Aufgaben betraut sind.

Sie können jederzeit Ihr Einverständnis, dass vorerwähnte Personen diese Angaben bearbeiten, zurückziehen.

Jegliche den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerde kann an folgende Adressen geschickt werden :

• Ethias AG « Dienst 1000 » - Rue des Croisiers 24 - 4000 LÜTTICH
Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be

• Ombudsman für Versicherungen - Square de Meeûs 35 - 1000 BRÜSSEL
Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

Das Einreichen einer Beschwerde beeinträchtigt nicht die Möglichkeit für den Versicherungsantragsteller eine gerichtliche Klage anzustrengen. Die belgische Gesetzgebung ist auf den Versicherungsvertrag anwendbar.

Ich erteile Ethias die Genehmigung, die meine Gesundheit betreffenden Angaben zu bearbeiten.

Getätigt in

am

Unterschrift,

1) Name und Vorname des Arztes : _____
(In Druckschrift bitte)
 Adresse des Arztes : _____

2) Name und Vorname des Verletzten : _____
 Adresse des Verletzten : _____

3) Unfalldatum : _____ - _____ - _____

4) Datum und Stunde der ersten Untersuchung : _____ - _____ - _____ U _____

5) Diagnose : _____
(die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben)

6) Wo wird der Verletzte behandelt ? _____

7) Kann der Verletzte sich fortbewegen ? Ja Nein

8) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung : _____

9) Voraussichtliche Folgen des Unfalls : _____
 Vollständige zeitweilige Arbeitsunfähigkeit _____ Tage, vom _____ - _____ bis zum _____ - _____ - _____
 Teilweise zeitweilige Arbeitsunfähigkeit _____ Tage, vom _____ - _____ bis zum _____ - _____ - _____ zu _____ %
 Rechnen Sie mit einer vollständigen Genesung ? Ja Nein

10) Glauben Sie, dass die festgestellte Verletzung den in Rubrik 4 beschriebenen Unfall als Ursache hatte ? Ja Nein

11) Besteht ein Zusammenhang mit einem früheren Umstand (Gebrechen, Schmerzen oder Krankheiten) ? Ja Nein
 Falls ja, welcher ? _____

12) A. Wurde eine chirurgische Behandlung vorgenommen ? Ja Nein
 Falls ja, welche ? _____

 In welcher Anstalt und von welchem Chirurgen ? _____

B. Wurde eine Untersuchungs- oder Kontrollröntgenaufnahme gemacht ? Ja Nein
 Durch welchen Röntgenologen ? _____

C. Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes ? Ja Nein

13) Bemerkungen : _____

Ausgestellt in _____ am _____
 Unterschrift, _____