

Landesbetriebssportverband Niedersachsen e.V.
 Geschäftsstelle
 Habighorster Weg 12, 29348 Eschede
 Tel. (0 51 42) 41 02 60 / Fax (0 51 42) 41 02 66

Schadenanzeige Sportunfall-Versicherung US 14

Wichtiger Hinweis!

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

Name und Anschrift des Vereins		Vers.-schein-Nr. 22-5783464	
Name und Anschrift des Unfallsachbearbeiters beim Verein		Vorwahl/Telefon (8.00-16.00Uhr)	
Ist die BSG Mitglied des LBSV NS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mitglieds-Nr.	Sportkreis	
		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/Übungsleiter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vor- und Zuname	Geburtsdatum	
	Postleitzahl	Wohnort, Straße	
	Ist der/die Verletzte Vereinsmitglied? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Mitglied seit dem		51-52
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	unterhaltsber. Kinder Anzahl	53
	Ausgeübte Berufstätigkeit	erlernter Beruf	54-55
	<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		56
	Krankenkasse – Krankenversicherung (bei Schülern oder Hausfrauen die des. Versorgers)		57
			58
	<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"/> <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?

Für welchen Körperschaden?

Aktenzeichen

nein ja: wegen Unfallschaden vom:

Bemerkungen

Erklärungen

Der Verletzte und der Verein 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