

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 Sportgemeinschaft der Fa. Mustermann	Vers.-schein-Nr. 22-5783464
---	---------------------------------------

Am Sportplatz, 00000 Musterhausen

Name und Anschrift des Unfallsachbearbeiters beim Verein Hans Sachbearbeiter	Vorwahl/Telefon (8.00-16.00Uhr) 0 99 99 / 123456
--	--

Musterstr. 1, 00000 Musterhausen

Ist die BSG Mitglied des LBSV NS <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mitglieds-Nr.	Sportkreis Muster Stadt	79-80
--	---------------	-----------------------------------	-------

Angaben über die verletzte Person (zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen)

Funktion im Verein <input checked="" 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 Dieter Meier	Geburtsdatum 10.10.1980	51-52	
	Postleitzahl 00000	Wohnort, Straße Musterhausen	53	
	Ist der/die Verletzte Vereinsmitglied? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja: Mitglied seit dem 01.01.2001			54-55
	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input checked="" type="checkbox"/> verheiratet	unterhaltsber. Kinder Anzahl 1	56	
	Ausgeübte Berufstätigkeit Kaufmann	erlernter Beruf	57	
	<input type="checkbox"/> Lohnempfänger <input checked="" 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) AOK Musterhausen			58
	<input checked="" 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			X 59
	Bei welcher Versicherungs-gesellschaft besteht für den Verletzten eine weitere Unfallversicherung? Name der Gesellschaft GERLING Allgemeine Vers.-AG		<input checked="" type="checkbox"/> private? <input type="checkbox"/> durch den Arbeitgeber?	

Anschrift 50597 Köln	Versicherungsschein-Nr. 70-1111111
--------------------------------	--

Der Sportunfall ist gemeldet worden der Krankenkasse am: 07.08.2006	der privaten Unfallvers. am: 07.08.2006
---	--

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

Unfalltag / Datum 04.08.2006	Unfallort Sportanlage Fa. Mustermann
Uhrzeit (24-Std.-Zeit) 18.30	Straße, Sportplatz, Sporthalle? Sportplatz Musterweg
Bei welcher Sportart? Fußball	Wegeunfall? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Art der Veranstaltung <input checked="" type="checkbox"/> Wettkampf <input type="checkbox"/> Mannschaftstraining <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aus welchem sonstigen Anlaß? Turnier
	Wer hat die Teilnahme an der Veranstaltung angeordnet? Sportgemeinschaft
	Dauer der Veranstaltung, Wettkampf, Training etc. Beginn (Uhrzeit) 18.00 Ende (Uhrzeit) 21.00
	In welcher Eigenschaft nahm der Verletzte teil? (z.B. aktiver Teilnehmer, Übungsleiter) Aktiver Teilnehmer
	Wer war der Veranstalter? Sportgemeinschaft Mustermann Wer hatte die Aufsicht bzw. die Leitung? (Name/Funktion) Anton Bruch (Schiedsrichter)

Angaben über die Verletzung und den Unfall

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

Beinbruch

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

Unglücklich mit Gegenspieler zusammengeprallt

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

04.08.2006

Anschrift des Arztes

Ist stationäre Krankenhausbehandlung notwendig?

nein ja: Dauer vom **04.08.2006** bis **29.08.2006**

Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit dauert

voraussichtlich bis zum: **01.10.2006**

Anschrift des Krankenhauses, Name des Arztes.

Kreis Krankenhaus Musterhausen, Hausenstr. 1, 00000 Musterhausen / Dr. Koch

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

Invaliditätsgrad

nein ja: an

%

Hat der Verletzte schon früher Unfälle erlitten?

Welche Körperteile wurden verletzt?

nein ja: im Jahr Privatunfall

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.

07.08.2006

Dieter Meier

Datum

- Unterschrift des Verletzten (gesetzlichen Vertreters)

Konto des Verletzten im Leistungsfall

Kontoinhaber ist

Dieter Meier

Bankverbindung

Sparkasse Musterhausen

07.08.2006

Hans Sachbearbeiter

Datum

- Unterschrift und Stempel des Vereins

BLZ:

999 999 99

Konto-Nr.:

1234567890