



Schadenanzeige Sportunfall-Versicherung US 14

Bitte reichen Sie die Unfallmeldung über die Bundesgeschäftsstelle der DLRG ein!

Im Niedernfeld 1 - 3, 31542 Bad Nenndorf

Telefon: (05723) 955-412/414

Fax: (05723) 955-519

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 der DLRG-Gliederung		Sportunfall-Versicherungen der DLRG (zutreffenden Vertrag bitte ankreuzen)	
		<input type="checkbox"/> 22-5783620	DLRG-Taucher
		<input type="checkbox"/> 22-6021348	DLRG-Mitglieder / Schwimmbildung
Name, Anschrift und Rufnummer des Unfallsachbearbeiters bei der Gliederung		<input type="checkbox"/> 22-6021349	Funktionsträger DLRG-Bgst.
		<input type="checkbox"/> 22-6042452	Funktionsträger DLRG-Gliederungen
		<input type="checkbox"/> 22-5783614	Nichtvereinsmitglieder als Teilnehmer an Jedermann-Veranstaltungen
Vorwahl/Telefon (8.00-16.00Uhr)	Gliederungs-/EDV-Kunden-Nr.	<input type="checkbox"/> 22-6069919	Kurzfristige Unfallversicherung für Teilnehmer und/oder Helfer
			79-80

Angaben über die verletzte Person (zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen)			Statis
Funktion in der DLRG-Gliederung	Vor- und Zuname		Geburtsdatum
			51-52
<input type="checkbox"/> Mitglied	Postleitzahl	Wohnort, Straße	
			53
<input type="checkbox"/> Vorstandsmitglied	Ist die/der Verletzte Mitglied einer DLRG-Gliederung?		54-55
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Mitglied seit dem		
<input type="checkbox"/> ehrenamtlich tätig	Familienstand		unterhaltsber. Kinder Anzahl
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet		56
<input type="checkbox"/> hauptberuflich angestellt	ausgeübte Berufstätigkeit		erlernter Beruf
			57
<input type="checkbox"/> Nichtvereinsmitglied	<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
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			59
<input type="checkbox"/> privat krankenvers. <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge			

Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für die/den Verletzte(n) eine weitere Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> private?
Name der Gesellschaft	<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 sowie die Art der Veranstaltung und/oder Tätigkeit

Unfalltag / Datum	Unfallort	
Uhrzeit (24-Std.-Zeit)	Frei-/Hallenbad, Sportplatz/-halle, Straße?	Wegeunfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Art der Veranstaltung?	Wer hat die Teilnahme an der Veranstaltung angeordnet?	
	Dauer der Vereinsveranstaltung (Wettkampf, Training etc.?)	
	Beginn (Uhrzeit):	Ende (Uhrzeit):
Art der Tätigkeit?	In welcher Eigenschaft nahm die/der Verletzte teil? (z.B. aktiver Teilnehmer, Übungsleiter)	
	Wer war der Veranstalter?	
Aus welchem sonstigen Anlass?	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:

durch Hausarzt Facharzt Krankenhausarzt

Datum

Wurde eine Blutprobe entnommen?

nein ja

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 die/der Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen gelitten? nein ja

An welchen?

Invaliditätsgrad %

Hat die/der Verletzte schon früher Unfälle erlitten?

nein ja: im Jahr Privatunfall

Welche Körperteile wurden verletzt?

Arbeitsunfall

Wurde die/der Verletzte schon aus einem Sportunfall entschädigt?

nein ja: wegen Unfallschaden vom:

Für welchen Körperschaden?

Aktenzeichen

Bemerkungen

Erklärungen

Die/der Verletzte und die DLRG-Gliederung 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 der/des Verletzten (gesetzl. Vertreters)

Konto der/des Verletzten im Leistungsfall

Kontoinhaber ist

Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Datum - Unterschrift und Stempel der DLRG-Gliederung