

# Unfallmeldung

## UNFALLVERSICHERUNG FÜR KÖRPERSCHÄDEN



Zurückzusenden an : Ethias AG,  
rue des Croisiers 24 in 4000 LÜTTICH

AKTENNUMMER : \_\_\_\_\_

[A] Durch den Unfallmelder auszufüllen

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

VERBAND DEUTSCHSPRACHIGER TURNVEREINE  
Vertragsnr. : 45.374.915      Telefon : \_\_\_\_\_  
Referenz : \_\_\_\_\_  
Vollständige Bezeichnung des Vereins : KGL. TURNVEREIN "FRISCH-AUF" NIDRUM  
Ausgeübte Aktivität : TURNEN  
Name des Verantwortlichen des Vereins : HECK FERDINAND  
Adresse : FELDSTRASSE      Nr. : 5      Briefkasten : \_\_\_\_\_  
Postleitzahl : 4750      Wohnort : NIDRUM

### 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](mailto:gestion-des-plaintes@ethias.be)

• Ombudsman für Versicherungen - Square de Meeûs 35 - 1000 BRÜSSEL  
Fax 02 547 59 75 - [info@ombudsman.as](mailto: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, \_\_\_\_\_