

Schadenanzeige zur Unfallversicherung des Betriebssportverbandes



Ihr Gesprächspartner

Schadennummer

Versicherungsnehmer

Name und Anschrift der BSG		Name des Unfallsachbearbeiters der BSG
Telefon (mit Vorwahl)	Telefax/E-Mail-Adresse	Versicherungsschein-Nummer (bitte unbedingt angeben!)

Verletzte Person

Vollständiger Name und Anschrift	Geburtsdatum	jetziger Beruf
Mitglied der BSG seit	Arbeitgeber der versicherten Person	

Unfallschilderung

Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort (Ort, Straße, Turnhalle, Sportplatz)
Der Unfall ereignete sich <input type="checkbox"/> während eines Wettkampfs <input type="checkbox"/> während des Trainings <input type="checkbox"/> auf dem Weg zu/von einer Vereinsveranstaltung		
Bei welcher Sportart ereignete sich der Unfall?		Wer hat die Veranstaltung angeordnet und geleitet?
Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die -ursache ausführlich (Namen/Anschriften von Unfallzeugen bitte angeben).		
Name des Spielführers		Name des Schiedsrichters
Erster Behandlungstag / Uhrzeit	Erstbehandelnder Arzt mit Anschrift (bzw. Name und Anschrift des Krankenhauses)	
Weiterbehandelnder Arzt mit Anschrift	Zeitraum der vollstationären Behandlung von - bis	
Art und Umfang der Verletzungen		Wieder arbeitsfähig seit / ab
War die verletzte Person vor dem Unfall vollständig gesund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Welche Folgen aus früheren Unfällen oder Krankheiten, Gebrechen, Kriegs-/Wehrdienstbeschädigungen bestehen/bestanden?		
Besteht für die verletzte Person eine weitere Unfallversicherung (z.B. Schutzbrief, Sportverein, Arbeitgeber, andere Versicherer)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name, Anschrift und Vertrags-Nr. / Schaden-Nr. des weiteren Unfallversicherers		
Bestand bereits früher Unfallversicherungsschutz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei welcher Gesellschaft?	Sind bereits früher Leistungen erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die verletzte Person ist <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet		
Die verletzte Person ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig sozialversichert <input type="checkbox"/> privat krankenversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt		
Zahlungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:	Kontonummer	Geldinstitut
	Bankleitzahl	Name des Kontoinhabers

Wichtiger Hinweis: Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit vorsätzlich verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift des Verletzten oder im Todesfall seiner Erben (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-----------	---	---------------------------------------

Hinweise für den Schadenfall

Was Sie im Einzelnen bei uns versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben. Wichtig ist, dass Sie uns möglichst genau mitteilen, wie sich der Unfall ereignet hat und welche Verletzungen eingetreten sind.

Im Schadenfall gibt es sowohl in Ihrem Versicherungsvertrag als auch im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Obliegenheiten, die Sie beachten sollten. Sie gefährden sonst möglicherweise Ihren Versicherungsschutz. Auf die wichtigsten Punkte möchten wir Sie jetzt noch einmal aufmerksam machen.

Invaliditätsleistung:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung setzt voraus, dass die körperliche/geistige Leistungsfähigkeit oder eine Gliedmaße/ein Sinnesorgan durch den Unfall auf Dauer beeinträchtigt ist (Invalidität). Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde.

Weitere Leistungsarten:

Beachten Sie bei weiteren Leistungsarten bitte unbedingt die im Versicherungsschein vermerkten Fristen.

Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder einreiche.

Des Weiteren ist mir bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, die folgende pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben. Ich habe stattdessen die Möglichkeit, die von der HDI Versicherung AG für die Anspruchsprüfung benötigten Unterlagen auf konkrete Einzelanforderung hin auch selbst zu beschaffen oder im Einzelfall über eine Entbindung von der Schweigepflicht nach freiem Ermessen zu entscheiden. Von dieser Möglichkeit mache ich jedoch keinen Gebrauch.

Ich entbinde mit dieser Erklärung alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger von ihrer Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Ferner stimme ich einer Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an einen ärztlichen Gutachter zu. Bei Beanspruchung vertraglich vereinbarter Pflegeleistungen stimme ich der Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an den beauftragten Dienstleister zu.

Diese Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir zu jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift des Verletzten oder im Todesfall seiner Erben (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-----------	---	---------------------------------------