

# VDST

Ein Verband mit Zukunft

Berliner Str. 312, 63067 Offenbach

Ruf: (0 69) 98 19 02 5

Fax: (0 69) 98 19 02 98

# Gerling

Allgemeine-Versicherungs-AG

Postfach 13 03 19, 50497 Köln

## Unfall-Schadenanzeige

### 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 / Einzelmitgliedes

Name und Anschrift des Unfallsachbearbeiters beim Verein Vorwahl/Telefon (8.00-16.00Uhr)

Ist der Verein Mitglied des LSB Vereins-Nr. Sportkreis 79-80  
 ja  nein

### Angaben über die verletzte Person (zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen) Statis

<p>Funktion im Verein</p> <p><input type="checkbox"/> aktives Mitglied</p> <p><input type="checkbox"/> passives Mitglied</p> <p><input type="checkbox"/> Vorstandsmitglied</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsleiter mit Lizenz</p>	Vor- und Zunahme	Geburtsdatum	51-52
	Postleitzahl	Wohnort, Straße	53
	Ist der/die Verletzte Vereinsmitglied?		54-55
	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja: Mitglied seit dem</span>		
	Familienstand		56
	<input type="checkbox"/> ledig <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> verheiratet</span>		unterhaltsber. Kinder Anzahl
	ausgeübte Berufstätigkeit		57
			erlernter Beruf
<input type="checkbox"/> Lohnempfänger <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Gehaltsempfänger</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Beamter</span>		<b>X</b>	
<input type="checkbox"/> Auszubildender <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Selbständiger</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> im elterl. Betrieb beschäft.</span>			
Krankenkasse – Krankenversicherung (bei Schülern oder Hausfrauen die des Versorgers)			58
			<b>X</b>
<input type="checkbox"/> pflichtkrankenvers. <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> freiw. sozialversichert</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nicht versichert</span>		59	
<input type="checkbox"/> privat krankenvers. <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge</span>			

Bei welcher Versicherungsasellschaft besteht für den Verletzten eine weitere Unfallversicherung?  private?

Name der Gesellschaft  durch den Arbeitgeber?

Anschrift Versicherungsschein-Nr.

Der Sportunfall ist gemeldet worden der privaten Unfallvers. am:  
der Krankenkasse 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"/> Einzeltraining <input type="checkbox"/> Einzelunternehmung	Wer hat die Teilnahme an der Veranstaltung angeordnet?		
	Dauer der Vereinsveranstaltung, 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?

nein  ja - wegen Unfallschaden vom:

Aktenzeichen

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