

Unfallmeldung

UNFALLVERSICHERUNG FÜR KÖRPERSCHÄDEN

o ACHTUNG !

DAS DOKUMENT MUSS INNERHALB VON 6 WERKTAGEN NACH DEM UNFALL PER EMAIL ODER PER POST
OHNE ANLAGEN GESCHICKT WERDEN AN :
Secrétariat Général LFBB
Rue de l'Hôpital 5
1420 Braine-l'Alleud
Email : secretariat@lfbb.be



AKTENNUMMER : |

[A] Durch den Unfallmelder auszufüllen

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

LIGUE FRANCOPHONE BELGE DE BADMINTON

Rue de l'Hôpital 5
1420 Braine-l'Alleud

Tél. : +32 492 11 96 29
N° de contrat : 45.346.606

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 : Mädchenname
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 : Mädchenname
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 : Mädchenname
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 : _____

8 VERPFLICHTENDE ANGABEN FÜR DIE LFBB

Mitgliedsnummer : _____

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 1035 » - Rue des Croisiers 24 - 4000 LÜTTICH
Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be

• Ombudsmann für Versicherungen - Square de Meeûs 35 - 1000 BRÜSSEL
Fax 02 547 59 75 - 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,

[C] Ärztliches Attest

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 :			

VERPFLICHTENDE ANGABEN FÜR DIE LFBB

Vorübergehende sportliche Unfähigkeit für die Dauer von ___ Tagen, vom - bis zum - -

Ausgestellt in

am

Unterschrift,