

Motorsport-Unfall-Schadenanzeige



sportvers GmbH
Pfarrer-Bunz-Str. 37
72770 Reutlingen

Tel.: +49 7121 15941 10
E-Mail: service@sportvers.de

Name des Vereins / Versicherungsnehmers

Anschrift des Vereins / Versicherungsnehmers

Versicherungsschein Nummer

Ansprechpartner

Telefon mit Vorwahl

Postleitzahl / Schadensort, z.B. Sportplatz, Turnhalle usw.

Straße, Hausnummer

Schadenstag

Uhrzeit

Verletzte Person

☐ Teilnehmer

☐ Vereinsmitglied (Sportwart etc.)

☐ Zuschauer

☐ _____

Name, Vorname

Bearbeitung nur mit vollständigem Geburtsdatum möglich!

Geburtsdatum

Telefon mit Vorwahl (privat)

Telefon mit Vorwahl (geschäftl.)

Ausgeübter Beruf

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Unfallursache
und -hergang

Wie ereignete sich der Unfall? Diese Frage bitte so ausführlich beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt.
Reicht der Raum nicht aus, bitte Blatt beifügen.

Ereignete sich der Unfall während einer im Rahmen des Verbandes oder Vereins ausgeübten sportlichen Betätigung?

☐ nein

☐ ja

Bei welcher Sportveranstaltung? (Sportart angeben)

Welcher Sportwart bzw. offiziell Beauftragte des Vereins / des VN's war bei dem Unfall zugegen?

Welche Personen waren am Unfall noch beteiligt?

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Zuständige Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen.

Art der Verletzung

Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden?

☐

nein

☐

ja

Von wann bis wann?

Wie lange wird die ärztliche Behandlung von heute an noch dauern oder seit wann ist sie abgeschlossen?

Sind bereits Dauerfolgen (Invalidität) des Unfalls eingetreten?

☐

nein

☐

ja

Welche sind evtl. zu befürchten?

An welchen Tagen und bei welchem Arzt hat sich die verletzte Person erstmals in Behandlung gegeben?

Datum

Name und Anschrift des Arztes

Welche Ärzte werden wegen des Unfalls außerdem noch in Anspruch genommen und ab wann?

Datum

Namen und Anschriften der Ärzte

War die verletzte Person zur Zeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet?

☐

nein

☐

ja

Mit welchem Leiden oder Gebrechen?

Welchen Arzt oder welche Ärzte hat sie in den letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen?

Aus welcher Veranlassung (Krankheit oder Unfall) und warum ist dies geschehen?

Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung oder Familienversicherung gehört sie an?

Wohin soll eine eventuelle Zahlung geleistet werden?

Kontoinhaber

IBAN

----------------------	----------------------

BIC

Geldinstitut

----------------------	----------------------

Wichtiger Hinweis

Todesfälle bitte unverzüglich telefonisch melden! Werden Ansprüche geltend gemacht, ist diese Anzeige innerhalb von 2 Wochen nach dem Unfall ausgefüllt zurückzusenden.

Der Verletzte und der Verein haben Kenntnis, dass eine Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer weiteren Frist von drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein muss!

Weitere wichtige Hinweise

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist folgender Hinweis erforderlich: Durch bewusst unwahre oder unvollständige Angaben verliert der Versicherungsnehmer / Versicherte auch dann den Versicherungsschutz, wenn dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

Die Ärzte, die die verletzte Person behandeln, behandelt oder untersucht haben, sowie Versicherungsunternehmen, Versicherungsträger und Behörden werden ermächtigt, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Im Rahmen der vertraglichen Beziehungen werden die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten bei den Gesellschaften gespeichert sowie an die betroffenen Rückversicherer übermittelt. Die Anschrift der speichernden Datenempfänger wird auf Verlangen mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person