

**Anschrift**  
**HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG**  
**Unfall-Sport-Schaden**  
**Postfach 13 03 19, 50497 Köln**  
**Tel.. (0221) 144-3309 / Fax (0221) 144-6003309**

**Schadenanzeige**  
**Sportunfall-Versicherung**  
**US 14**

**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	Vers.-schein-Nr. <b>22-5782197</b>
--------------------------------	---------------------------------------

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

Ist die BSG Mitglied des BSV Hessen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mitglieds-Nr.	Sportkreis	79-80
---	---------------	------------	-------

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

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

Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für den Verletzten eine weitere Unfallversicherung? Name der Gesellschaft	<input type="checkbox"/> private? <input type="checkbox"/> durch den Arbeitgeber?
Anschrift	Versicherungsschein-Nr.

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

**Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die -ursache ausführlich**

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: von bis

Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit dauert

voraussichtlich bis

Anschrift des Krankenhauses, Name des Arztes.

Hat der Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen

An welchen?

Invaliditätsgrad

nein  ja

%

Hat der Verletzte schon früher Unfälle erlitten?

Welche Körperteile wurden verletzt?

nein  ja: im Privatunfall

Arbeitsunfall

Wurde der Verletzte schon aus einem Sportunfall entschädigt?

Für welchen Körperschaden?

Aktenzeichen

nein  ja: wegen Unfallschaden

Bemerkungen


Zahlungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden: Kontonummer

Geldinstitut

Bankleitzahl

Name des Kontoinhabers

### Wichtiger Hinweis:

**Beachten Sie bitte, dass bewusst (vorsätzlich) unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Dies gilt auch dann, wenn dem Versicherer daraus kein Nachteil entsteht.**

### Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift des Verletzten oder im Todesfall seiner Erben  
(bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)

Unterschrift des Vereins/der Gemeinschaft

--	--	--

## Hinweise für den Schadenfall

---

Was Sie im Einzelnen bei uns versichert haben, ist in 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 im 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 Versicherungsvertrag 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-Gerling Firmen und Privat 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 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 Vereins/der Gemeinschaft