HDI

Bitte reichen Sie die Unfallmeldung über die Bundesgeschäftsstelle der DLRG ein!
Im Niedernfeld 1 - 3, 31542 Bad Nenndorf
Telefon: (05723) 955-412/414
Fax: (05723) 955-519

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 der DLRG-Gliederung	Sportunfall-Versicherungen der DLRG (zutreffenden Vertrag bitte ankreuzen)	
	☐ 22-5783620 DLRG-Taucher ☐ 22-6021348 DLRG-Mitglieder / Schwimmausbildung	
Name, Anschrift und Rufnummer des Unfallsachbearbeiters bei der Gliederung	☐ 22-6021349 Funktionsträger DLRG-Bgst. ☐ 22-6042452 Funktionsträger DLRG-Gliederungen	
	☐ 22-5783614 Nichtvereinsmitglieder als Teilnehmer an Jedermann-Veranstaltungen	
Vorwahl/Telefon (8.00-16.00Uhr) Gliederungs-/EDV-Kunden-Nr.	☐ 22-6069919 Kurzfristige Unfallversicherung für Teilnehmer und/oder Helfer	79-80

Angaben über die verletzte Person (zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen)

Funktion in der DLRG-Gliederung	Vor- und Zuname		Geburtsdatum	51-52
	Postleitzahl	Wohnort, Straße		53
☐ Mitglied	Ist die/der Verletzte Mitglied einer DLRG-Gliederung? ☐ nein ☐ ja: Mitglied seit dem			54-55
☐ Vorstandsmitglied	Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet		unterhaltsber. Kinder Anzahl	56
☐ ehrenamtlich tätig	ausgeübte Berufstätigkeit		erlernter Beruf	57
☐ hauptberuflich angestellt	☐ Lohnempfänger ☐ Gehaltsempfänger ☐ Beamter ☐ Auszubildender ☐ Selbständiger ☐ im elterl. Betrieb			X
	Krankenkasse – Krankenversicherung (bei Schülern oder Hausfrauen die des Versorgers)			58
☐ Nichtvereinsmitglied				X
	☐ pflichtkrankenvers. ☐ freiw. sozialversichert ☐ nicht versichert ☐ privat krankenvers. ☐ beihilfeberechtigt ☐ freie Heilfürsorge			59

Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für die/den Verletzte(n) eine weitere Unfallversicherung? ☐ private?

Name der Gesellschaft ☐ durch den Arbeitgeber?

Anschrift Versicherungsschein-Nr.

Der Sportunfall ist gemeldet worden
der Krankenkasse am: der privaten Unfallvers. am:

Angaben über den Unfalltag, den Unfallort sowie die Art der Veranstaltung und/oder Tätigkeit

Unfalltag / Datum	Unfallort	
Uhrzeit (24-Std.-Zeit)	Frei-/Hallenbad, Sportplatz/-halle, Straße?	Wegeunfall? ☐ nein ☐ ja
Art der Veranstaltung?	Wer hat die Teilnahme an der Veranstaltung angeordnet?	
	Dauer der Vereinsveranstaltung (Wettkampf, Training etc.?) Beginn (Uhrzeit):	Ende (Uhrzeit):
Art der Tätigkeit?	In welcher Eigenschaft nahm die/der Verletzte teil? (z.B. aktiver Teilnehmer, Übungsleiter)	
	Wer war der Veranstalter?	
Aus welchem sonstigen Anlass?	Wer hatte die Aufsicht bzw. die Leitung? (Name/Funktion)	

Angaben über die Verletzung und den Unfall

Welche Verletzungen sind eingetreten? (Körperteil genau bezeichnen. Arztdiagnose 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 Wurde eine Blutprobe entnommen?
durch ☐ Hausarzt ☐ Facharzt ☐ Krankenhausarzt ☐ nein ☐ ja

Anschrift des Arztes

Ist stationäre Krankenhausbehandlung notwendig? Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit dauert
☐ nein ☐ ja: Dauer von bis voraussichtlich bis zum:

Anschrift des Krankenhauses, Name des Arztes.

Hat die/der Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen gelitten? ☐nein ☐ ja An welchen? Invaliditätsgrad %

Hat die/der Verletzte schon früher Unfälle erlitten? Welche Körperteile wurden verletzt?
☐ nein ☐ ja: im Jahr ☐ Privatunfall ☐ Arbeitsunfall

Wurde die/der Verletzte schon aus einem Sportunfall entschädigt? Für welchen Körperschaden? Aktenzeichen
☐nein ☐ ja: wegen Unfallschaden vom:

Bemerkungen

Erklärungen

Die/der Verletzte und die DLRG-Gliederung 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 der/des Verletzten (gesetzl. Vertreters)

Konto der/des Verletzten im Leistungsfall

Kontoinhaber ist

Bankverbindung

IBAN: BIC:

Datum - Unterschrift und Stempel der DLRG-Gliederung