

Unfallmeldung

UNFALLVERSICHERUNG FÜR KÖRPERSCHÄDEN



Zurückzusenden an : Ethias AG,
rue des Croisiers 24 in 4000 LÜTTICH

AKTENNUMMER : _____

[A] Durch den Unfallmelder auszufüllen

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

Handballclub Eynatten-Raeren V.o.E.
Vertragsnr. : _____ Telefon : _____
Referenz : _____
Vollständige Bezeichnung des Vereins : Handballclub Eynatten-Raeren V.o.E.
Ausgeübte Aktivität : Handball
Name des Verantwortlichen des Vereins : Thomas Chantraine (2. Sekretär)
Adresse : Lichtenbuscher Straße Nr. : 24 Briefkasten : _____
Postleitzahl : _____ Strasse 4731 Wohnort : Eynatten

2 GESCHÄDIGTE(R) (in Druckschrift bitte)

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-FrL. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname
Geburtsdatum : _____ Nationalregisternummer : _____
Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
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 : _____
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 : Mädchennamen
 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 : Mädchennamen
 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 : Mädchennamen
 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 : _____

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 1000 » - Rue des Croisiers 24 - 4000 LÜTTICH
Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be

• Ombudsman 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,

