

III. Unfallfolgen: (Entfällt bei Schäden an Brillen/Kontaktlinsen, Hörgeräten und Zahnschäden)

20. Welche Verletzungen sind eingetreten? _____
21. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt?
(Bitte Name und Anschrift angeben) _____
22. Wann und wo wurde Erstbehandlung durchgeführt? _____
23. Welcher Arzt, bzw. Krankenhaus wurde mit der Weiterbehandlung betraut? (Bitte Name und Anschrift angeben) _____
24. Ist eine vollständige Heilung zu erwarten? wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar
 Nein, da _____
25. Litt der Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten o. Gebrechen? Nein Ja, an _____
26. Hatten die Krankheiten/Gebrechen eine dauerhafte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zur Folge? Nein Ja und zwar eine MdE von _____%
27. Sind diese Krankheiten/Gebrechen durch einen Unfall hervorgerufen worden? Nein Ja, wann hat sich dieser ereignet _____ Jahr
28. Ist anlässlich dieses Unfalles eine Entschädigung gezahlt worden? Nein Ja,
seitens _____ (Sportversicherung, Versorgungsamt etc.)

IV. Krankenhaustagegeld

29. Stationäre Behandlung vom _____ bis _____
Art der Verletzung: _____

Bitte Bescheinigung mit Kurzdagnose oder Kopie des Entlassungsberichtes beifügen/nachreichen

V. Brillen- und Zahnschäden / Hörgeräte

30. Brillenschaden/Kontaktlinse Bitte Neu- oder Reparaturechnung der Brille/Kontaktlinse beifügen/nachreichen
(Zuzahlung nur bei aktiver Sportausübung)
31. Hörgerät Bitte Neu- oder Reparaturechnung des Hörgerätes beifügen/nachreichen
(Zuzahlung nur bei aktiver Sportausübung)
32. Zahnschaden mit _____ Zähnen/Zahnspangen
Bitte bestätigte Kopie des Heil- und Kostenplanes und die Eigenanteilsrechnung nachreichen

VI. Bankverbindung

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____
Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

Die Rechtsprechung verpflichtet uns zum Hinweis, dass bewusst unwahre Angaben oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Die obigen Fragen sind nach besten Gewissen und wahrheitsgemäß beantwortet worden.

Erklärung des Verletzten:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache, oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen, (z.B. Bescheinigungen, Atteste), oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes, ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind, oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Die Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbstbeurteilen kann.

Hinweis: Ich habe die dem Verein vorliegende Broschüre zum Umfang des Versicherungsschutzes eingesehen. Mir ist bekannt, dass eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltage an gerechnet ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein muss.

_____, den _____

(Unterschrift des Verletzten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

(Stempel und Unterschrift des Vereins)