

Schadensnummer

UNFALLSMELDUNG

erstattet durch (Name, Anschrift, Telefon)

DATEN DES VERSICHERTEN

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen

Polizzenummer	Name des Verletzten	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber	
Bei welchem Verein waren Sie zum Zeitpunkt des Unfalls gemeldet?		

ANGABEN ZUM UNFALL

Unfallsdatum	Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Arbeitswegunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall
An welchem Ort bzw. welcher Räumlichkeit ereignete sich der Unfall?		
Bitte schildern Sie genau den Hergang des Unfalls		
Falls dieser Platz nichtausreicht, setzen Sie bitte auf einem separaten Blatt fort!		
Name und Anschrift des behandelnden Arztes		

ANGABEN ÜBER VERSICHERUNGEN

Ist der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	welche Kassa?	
Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gesellschaft	Polizzenummer
Unfallversicherung bzw. Lebensversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gesellschaft	Polizzenummer

VOM VERLETZTEN SPIELER AUSZUFÜLLEN

DIE ÜBERWEISUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG IST WIE FOLGT VORZUNEHMEN: Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer des verletzten Spielers <input type="checkbox"/> an die Bank oder Sparkasse <input type="checkbox"/> an die Adresse
ACHTUNG! Für Geldzustellung an die Adresse verrechnet die Post eine Auszahlungsgebühr. Bitte geben Sie daher für Überweisungen Ihre Bankverbindung bekannt Ort, Datum, Vereinsstempel
Ich habe die angeführten Fragen richtig und vollständig beantwortet. UNTERSCHRIFT DES VERLETZTEN SPIELERS

ERMÄCHTIGUNG ZUR EINSICHTNAHME IN MEDIZINISCHE UNTERLAGEN

An das Krankenhaus	Aufnahmezahl	
Für die Erledigung der Ansprüche zur Versicherungspolize Nr. _____ erkläre ich mich einverstanden, daß der WIENER STÄDTISCHEN Allgemeinen Versicherung Aktiengesellschaft die Krankengeschichte(n) bzw. Ambulanzprotokoll(e) zur Verfügung gestellt werden. Es wird ausdrücklich bestätigt, daß Sie Ihrer Schweigepflicht entbunden sind.		
Ort, Datum	Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten	Unterschrift des Versicherten

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Bitte beantworten Sie die Frage ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?
(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, usw.)

URSACHEN DER VERLETZUNG

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	^	Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)
Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

UNFALLFOLGEN

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat der Unfall bleibende Invaliderität zur Folge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Name und Anschrift des Krankenhauses	Art der Behandlung <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von	bis
--------------------------------------	---	-----	-----

BERUFSBEHINDERUNG

Darf der Verletzte das Zimmer verlassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie dem Verletzten Bettruhe verordnet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie lange müssen diese Anordnungen befolgt werden?
Ist der Verletzte aufgrund eines Unfalls in seiner Beschäftigung behindert? vollkommen wie lange?		teilweise wie lange? <input type="checkbox"/> (z.B. Erteilung von Anordnungen; Beaufsichtigungen im Beruf)

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Datum	Uhrzeit	Wer hat sie geleistet?
Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?		
Ort, Datum	Unterschrift des behandelnden Arztes	

Wenn die versicherte Person vom Versicherungsnehmer abweichend ist, ist der Versicherungsnehmer im Falle einer Leistung dann bezugsberechtigt, wenn eine schriftliche Einverständniserklärung der versicherten Person im Sinne des § 179 VersVG vorliegt. Ist dies nicht der Fall, so gilt die versicherte Person selbst als bezugsberechtigt.

Die Einverständniserklärung wäre wie nachstehend angeführt zu formulieren:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Kollektiven-Unfallversicherung Polizze Nr.

Versicherungsnehmer:

Name der/des Versicherten:

Geburtsdatum:

Ich erkläre mich im Sinne der Bestimmungen des § 179 Versicherungsvertragsgesetzes damit einverstanden, daß der Versicherungsnehmer, der

.....

zum Bezug der für den im Rahmen der Kollektiven -
Unfallversicherung Polizze Nr. vertraglich vereinbarten Leistung
berechtigt ist.

.....

Datum

.....

Unterschrift der/des Versicherten