

Unfallmeldung

VERBAND DER PFADFINDER

Zurückzusenden an :

Die Pfadfinder, rue de Dublin 21 in 1050 BRÜSSEL

Tel. 02 508 12 00 - Fax 02 508 12 01

VERTRAGSNUMMER : 4 5 0 6 1 5 9 0

REFERENZ DER PFADFINDER : _____

[A] durch den Unfallmelder auszufüllen

1 IDENTITÄT DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Die Pfadfinder - Verband der Pfadfinder Baden Powel von Belgien V.O.G. - 1050 BRÜSSEL

Region : _____ Sektion : _____

Nummer der Einheit : _____

Verantwortlicher der Sektion

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-FrL. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Straße

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

Telefon : _____

2 GESCHÄDIGTE(R) (bitte in Druckbuchstaben)

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-FrL. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname

Geburtsdatum : _____ Nationalregisternummer : _____

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Straße

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

Kontonummer : _____

Wenn der/die Geschädigte ebenfalls die Zusatzversicherung Nr. 45.061.591 abgeschlossen hat, welche Modalität wurde gewählt ?

Modalität : I II III IV

3 GESETZLICHE(R) VERTRETER(IN) (Vater, Mutter, Vormund,...)

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-FrL. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Straße

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

Kontonummer : _____

Beruf : _____

4 WENN EIN DRITTER, DER DEM VERBAND NICHT ANGEHÖRT, IM UNFALL VERWICKELT IST

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-FrL. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname

Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Straße

Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

5 VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT DES UNTER PUNKT 4 ANGEgebenEN DRITTEN

Name : _____ Policennummer : _____

6 UNFALLDATUM UND -ORT

Datum des Unfalls : _____ Tag : _____ Uhrzeit : _____ U _____

Während der Teilnahme an einer versicherten Aktivität

Genauer Ort : _____

Auf dem Hin- oder Rückweg der Aktivität

Individuelle Fortbewegung Kollektive Fortbewegung

Genauer Ort : _____

Verwendetes Beförderungsmittel : _____

7 UNFALLBESCHREIBUNG (Ursachen, Umstände, Folgen und/oder verursachte Schäden)

.....
.....
.....
.....

8 SKIZZE (bei Verkehrsunfall oder Sachschäden auszufüllen)

.....
.....
.....
.....

9 ZEUGENAUSSAGEN

A. Name und Adresse der Zeugen des Unfalls :

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-Frl. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname
Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Straße
Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____

B. Falls keine Augenzeugen vorhanden sind, Name und Adresse der Personen, die Zeuge des Zustandes und der Klagen des Verletzten, gleich nach dem Unfall, waren :

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-Frl. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname
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 ?

10 AUFSICHT

• Wurde zum Zeitpunkt des Unfalls eine Aufsicht ausgeübt ? Ja Nein

Wenn ja, durch wen ?

Name : _____ Vorname : _____
Funktion : _____

11 WENN DER UNFALL DEM FEHLER EINES VERSICHERTEN ZUZUSCHREIBEN IST, BITTE DIESE RUBRIK AUSFÜLLEN

Name : _____ Vorname : _____
H.-Fr.-Frl. (unzutreffendes bitte streichen) – verheiratete Frauen oder Witwen : Mädchenname
Geburtsdatum : _____ - _____ - _____
Adresse : _____ Nr. : _____ Briefkasten : _____
Straße
Postleitzahl : _____ Wohnort : _____ Land : _____
Versicherungsgesellschaft und Policennummer :

12 UNFALLURSACHE

Ist der Unfall einer defekten Anlage zuzuschreiben ? Ja Nein

Wenn ja, bitte näher bestimmen :

13 FESTSTELLUNG DURCH DIE POLIZEI

Wurde ein Protokoll durch eine Behörde aufgenommen ? Ja Nein

Wenn ja, welche :

Getätigt in _____ am _____

Visum und Stempel des Verbandes, _____ Unterschrift,

[B] Hinweis für die Unfallopfer oder für deren Eltern

- 1) Sie wurden Opfer eines Unfalls für den Ethias als Versicherungsträger zuständig ist. Bei Erhalt der Unfallmeldung wird Ethias Ihnen Ihre Aktennummer mitteilen
- 2) Der Versicherungsvertrag garantiert die Vergütung der Pflegekosten gemäß dem L.I.K.I.V.-Tarif, für den Teil der die Auszahlungen der Krankenkasse übersteigt. 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 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 Genehmigungersuchen 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

• Ombudsmann 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. Der Versicherungsvertrag unterliegt der belgischen Gesetzgebung.

Ich erteile Ethias die Genehmigung, die meine Gesundheit oder die meines Kindes betreffenden Angaben zu bearbeiten.

Getätigt in

am

Unterschrift,

1) Name, Vorname und (In Druckschrift bitte)
 Adresse des behandelnden Arztes : _____

2) Name, Vorname und _____
 Adresse des Verletzten : _____

3) Unfalldatum : _____ - _____ - _____

4) Datum und Uhrzeit der ersten Untersuchung : _____ - _____ - _____ U _____

5) Diagnose : _____
 (die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben)

6) Wo wird der Verletzte behandelt ? _____

7) Kann der Verletzte sich fortbewegen ? Ja Nein

8) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung : _____

9) Voraussichtliche Folgen des Unfalls : _____
 Vollständige zeitweilige Arbeitsunfähigkeit _____ Tage, vom _____ - _____ bis zum _____ - _____ - _____
 Teilweise zeitweilige Arbeitsunfähigkeit _____ Tage, vom _____ - _____ bis zum _____ - _____ - _____ zu _____ %
 Rechnen Sie mit einer vollständigen Genesung ? Ja Nein

10) Glauben Sie, dass die festgestellte Verletzung den in Rubrik 7 beschriebenen Unfall als Ursache hat? Ja Nein

11) Besteht ein Zusammenhang mit einem früheren Umstand (Gebrechen, Schmerzen oder Krankheiten) ? Ja Nein
 Wenn ja, welcher ? _____

12) A. Wurde eine chirurgische Behandlung vorgenommen ? Ja Nein
 Wenn ja, welche ? _____

 In welcher Anstalt und von welchem Chirurgen ? _____

B. Wurde eine Untersuchungs- und/oder Kontrollröntgenaufnahme gemacht ? Ja Nein
 Durch welchen Röntgenologen ? _____

C. Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes ? Ja Nein

13) Bemerkungen : _____

Getätigt in _____ am _____
 Unterschrift, _____