



FORMULAR AUSSCHLIESSLICH FÜR KÖRPERSCHÄDEN

WICHTIG

Gemäss Artikel 22 des Arena Vertrages ist jede Unfallerklärung **innerhalb von 15 Tagen an die LEWB** ab dem Datum des Unfalls auf dem postalischen Weg zuzustellen. Hierbei handelt es sich natürlich um die Unfallerklärung und nicht um die komplette Akte einschließlich der Rechnungskopien, die Arena **später** anfragen wird. Achtung: ORV Vereine senden die Erklärung an den ORV.

Falls der Reiter zum Zeitpunkt des Unfalls in puncto Lizenz nicht in Ordnung ist, werden wir uns gezwungen sehen, die Unfallerklärung abzulehnen. Die Unfallerklärung muss durch das Unfallopfer oder, bei Minderjährigen, einem Elternteil vervollständigt und unterzeichnet werden.

Gemäss Artikel 233.4 der Allgemeinen Verordnung muss die Erklärung ebenfalls zwingend durch einen Verantwortlichen des für das laufende Jahr an die LEWB angeschlossenen Vereins oder einem Ausbilder mit einer gültigen R01 oder F01 Lizenz unterzeichnet werden. **Wenn der Unfall während eines offiziellen Turniers stattgefunden hat, muss die Erklärung durch den Jurypräsidenten unterzeichnet werden, wobei die Rubrik zu Ihrem Verein trotzdem vervollständigt werden muss.**

Damit Ihre Akte möglichst schnell verwaltet werden kann, bitte die folgenden Angaben überprüfen:

- Die Beschreibung des Unfalls
- Die Lizenznummer des Klubverantwortlichen
- Die Vignette Ihrer Krankenversicherung (medizinische Daten)
- Die Unterschrift des Opfers oder eines Elternteils, wenn das Opfer minderjährig ist
- Die Unterschrift des Verantwortlichen des Vereins
- Das ärztliche Attest (auf der Unfallerklärung zu vervollständigen, durch das Krankenhaus o.

Ohne diese Angaben ist Ihre Akte **unvollständig und kann nicht bearbeitet werden.**

Bei Nichteinhaltung dieser Vorschriften wird Ihre Akte abgelehnt

Sobald Ihre Akte vollständig ist wird diese zugestellt und wird Ihnen durch die Versicherungsgesellschaft eine Aktennummer mitgeteilt. Ab dann wird Ihre Akte von Arena verwaltet.

Bitte notieren Sie, dass Arena nur die Erstattung der Kosten, nach Intervention der Krankenversicherung, übernimmt. **Die Versicherungsgesellschaft bezahlt keine Rechnung direkt.**



Formular innerhalb von 15 Tagen einsenden

L E W B asbl - Rue de la Pichelotte, 11 - B-5340 GESVES - Tél. : 083/23 40 72

Vertrag Nr **A.C. 1.116.400**
R.C. 1.116.401

LIGUE EQUESTRE WALLONIE BRUXELLES ASBL



AUSKÜNFTE ZU IHREM VEREIN

Vollständige Bezeichnung Ihres Vereins _____

Ausgeübte Aktivität _____

Name des Verantwortlichen _____ Lizenz Nr. _____

Vorname des Verantwortlichen _____ Telefon Nr. /GSM _____

Adresse des Verantwortlichen Strasse _____ Nr. _____ Psf. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

E-Mail _____

AUSKÜNFTE ZUM UNFALLOPFER

Name _____ Lizenz Nr. _____

Vorname _____ Telefon Nr /GSM _____

Adresse Strasse _____ Nr _____ Psf _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ M F Konto Nr. _____

Tätigkeit der/des Geschädigten zum Zeitpunkt des Unfalls Offizieller Zuschauer Ausbilder Reiter

E-Mail _____

AUSKÜNFTE ZUM UNFALL

Datum des Unfalls _____ Tag _____ Uhrzeit _____

Genauer Ort _____

Art der Aktivität im Moment des Unfalls Training Offizielles Turnier Während der Teilnahme an einer Aktivität des vorgenannten Vereins

Auf dem Hin- oder Rückweg zur/von der Aktivität Andere

Verwendetes Beförderungsmittel _____

Beschreibung (Ursachen, Umständen, Folgen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WICHTIG

Skizze (bei Verkehrsunfall hinzu zu fügen)
Was die Körperschäden betrifft, bitte das anhängende Attest durch Ihren Arzt ausfüllen lassen

ZEUGEN

Name und Adresse des/der Zeugen des Unfalls:

.....
.....

Falls es keine Augenzeugen gibt, Name und Adresse der Personen, die Zeuge des Zustandes und der Beschwerden des Verletzten, gleich nach dem Unfall, waren

.....
.....

VERANTWORTUNG

Ist der Unfall dem Fehler eines anderen Versicherten zu schreiben JA NEIN

Wenn JA, sein Name und seine Adresse

Adresse

AlterJahre

Ist der Unfall einer defekten Anlage zu schreiben JA NEIN

Wenn JA, bitte näher erklären

Wurden ein Protokoll durch eine Behörde aufgenommen JA NEIN

Wenn JA, durch welche?

Eventuell, Nr des Protokolls

ERKLÄRUNG ZU DEN MEDIZINISCHEN DATEN

Wir bitten Sie, die nachstehende Rubrik zu vervollständigen, oder dort eine Vignette Ihrer Krankenversicherung aufzukleben sowie die Erklärung zu den medizinischen Daten zu unterzeichnen.

Name des Versicherten Vorname

Versicherungsträger

Mitgliedsnummer

Im Hinblick auf eine wirksame Verwaltung meiner Akte und nur zu diesem Zweck erteile ich hiermit die Genehmigung meine medizinischen Daten, die den Unfall betreffen, dessen Opfer ich war, zu verarbeiten (Artikel 7 des Gesetzes vom 08.12.1992 – Schutz des Privatlebens)

Ausgestellt in am

Unterschrift des Verantwortlichen des Vereins oder des Jurypräsidenten (wenn der Unfall sich anlässlich eines offiziellen Wettbewerbs ereignete).	Unterschrift des Opfers Der zudem sein formelles Einverständnis mit der oben genannten Erklärung bezüglich seiner medizinischen Angaben bestätigt.

Wir verwalten Ihre Akte im Auftrag der Gesellschaften : TORUS INSURANCE (EUROPE) AG, Zollstrasse 82, FL 9494 Schaan, Liechtenstein
Authorised and regulated by the Financial Market Authority (FMA)

Wünschen Sie umfangreichere Auskünfte?

arena@arena-nv.be

www.arena-nv.be

Tel.: 02/512.03.04

Fax: 02/512.70.94.

S.A. ARENA - Avenue des Nerviens, 85 bte 2 - 1040 Bruxelles

C.B.F.A. n° 10.365 / BE 0449.789.592

ÄRZTLICHES ATTEST

- 1) Name des Arztes:
- Adresse:

- Tel. Nr/GSM: Email:

- 2) Name des/der Verletzten
- Adresse:

- 3) Datum des Unfalls / /

- 4) Datum und Stunde der ersten Untersuchung / / um / Uhr

- 5) Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben
-
-
-
-

Handelt es sich um eine Verletzung, die auf ein akutes Trauma zurück zu führen ist? JA NEIN

Gibt es eine Anamnese? JA NEIN

Kann die Verletzung auf einen schleichenden Prozess oder eine Veranlagung zurück zu führen oder hierdurch beeinflusst worden sein JA NEIN

Bemerkungen:

- 6) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung

- 7) Ist das Opfer ganz oder teilweise nicht in der Lage seinen normalen Tätigkeiten nachzugehen? JA NEIN

- Vollständig während Tage
- Teilweise während Tage

- 8) Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes oder eines Röntgenologen? JA NEIN
- Falls JA, welcher Art?

- 9) Rechnen Sie mit einer dauernden Arbeitsunfähigkeit oder mit einer vollständigen Genesung?
-

VORGESCHICHTE

- 10) War das Opfer vor dem Unfall verstümmelt, verkrüppelt oder litt das Opfer vor dem Unfall an einer Krankheit?
-

- 11) Besteht ein Zusammenhang mit einen früheren Unfall oder früheren Symptomen vom gleichen Typ wie heute (Gebrechen, Schmerzen oder Krankheiten)?
-
- Handelt es sich möglicherweise um einen Rückfall?

Ausgestellt in
 am / /

Unterschrift und Stempel des Arztes