



UNFALLANZEIGE

1 a) Verband : _____
b) Verein : _____

2 a) Name und Vorname des Verletzten : _____
b) Geburtsdatum : _____
c) Zivilstand : Ledig Verheiratet Kinder : _____
d) Wohnort (genaue Adresse) : _____
e) Telefonnummer (obligatorisch) : _____
f) Emailadresse : _____
g) Beruf : _____
h) Lizenz-Nummer : _____

3 a) Tag, Datum und Stunde des Unfalls : _____
b) Wo ereignete sich der Unfall? _____
c) Bei welcher Gelegenheit? _____
d) Wann wurde der Unfall dem zuständigen Schiedsrichter oder Spielleiter gemeldet? Zeitangabe: _____ Name: _____
e) Genaue Unfallbeschreibung: _____
f) Wurde der Unfall bei einer anderen Versicherungsgesellschaft gemeldet ? _____

4 a) Namentliche Aufführung der Zeugen : _____

Diese Angaben entsprechen der Wahrheit. _____, den _____

(Unterschrift des Vereinssekretärs)

(Unterschrift des Geschädigten)



ARZTATTEST

1. Behandelnder Arzt: _____
2. Beginn der Behandlung: _____
3. Diagnose: _____
4. Wurde der Verletzte in eine Klinik eingeliefert? Ja Nein
wenn ja, in welche? _____
5. Unfallfolgen: _____
Ist mit Dauerfolgen zu rechnen? _____

Diese Angaben entsprechen der Wahrheit,

_____, den _____

(Unterschrift des Arztes)

Dieses Formular ist binnen 8 Tagen und in gebührender Weise ausgefüllt an das Sportministerium, Postfach 180, L-2011 LUXEMBOURG, einzusenden.

