



**Unfallversicherung für Sportler,
Funktionäre, Betreuer und Trainer
der Sportvereine Südtirols
Pol. Nr. 115/25/116486 – Assimoco/RVD**

Bezeichnung des Sportvereins: _____
Ansprechperson: _____
Adresse: _____
PLZ: _____
Ortschaft: _____
Tel.Nr.: _____
E-Mail: _____

Sektion/Sportart: _____

=====

Daten des Versicherten
Vor- und Zuname: _____
Geburtsdatum: _____
Name und Geburtsdatum eines Elternteils bei minderjährigen Versicherten:

Adresse: _____
PLZ: _____ Ortschaft: _____
Tel.Nr.: _____ Steuernummer: _____
E-Mail: _____

Schadensdatum: _____ Uhrzeit: _____
Ort: _____
Beschreibung des Unfallherganges und Beschreibung der erlittenen Verletzungen: _____ _____ _____
Haben Sie schon vorhergehende Unfälle erlitten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Verletzungen haben Sie davongetragen? _____

Unterschrift des Vereinspräsidenten

Unterschrift des Versicherten

Schadenmeldeformular Unfallversicherung VSS

Bitte dieser Schadenmeldung beilegen:

- **Ausgefüllter Bericht vom behandelnden Arzt**
- **Informationsblatt zum Datenschutz**

1) Was ist die direkte Ursache der Verletzung?	Antwort: _____ _____ _____
--	-------------------------------------

2) Ist das die einzige und ausschließliche Ursache des derzeitigen Krankheitszustandes oder gibt es noch andere zulässige Ursachen? Welche?	Antwort: _____ _____ _____
---	-------------------------------------

3) Genaue Beschreibung der Art, des Ortes und des Ausmaßes der Verletzung:	Antwort: _____ _____ _____
--	-------------------------------------

4) Kann eine bleibende Invalidität zurückbleiben?	Antwort: _____ _____ _____
---	-------------------------------------

5) An welchem Tag wurde zum ersten Mal ärztliche Hilfe geleistet?	Antwort: _____ _____ _____
---	-------------------------------------

6) Von wem wurde sie geleistet?	Antwort: _____ _____ _____
---------------------------------	-------------------------------------

7) Wo wird der Versicherte behandelt?	Antwort: _____ _____ _____
---------------------------------------	-------------------------------------

Der unterfertigte behandelnde Arzt erklärt die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen, wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

_____, am _____

Der behandelnde Arzt

Ausgabe: Juli 2022

Entwickelt von:



COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI - MOVIMENTO COOPERATIVO

Assimoco AG Firmensitz und Generaldire: I-20141 Milano (MI) - Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - Tel. +3902-269 621 - Telefax +3902-269 20 266 - www.assimoco.it - PEC: assimoco@legalmail.it - eingez. Stammkapital € 107.870.685,00
Eintrag im Handelsregister Mailand-Monza Brianza-Lodi und Steuernr. 03250760588 - Firmenregisternr. 1086823 - USt-IdNr. 11259020151* - Genehmigung zur Ausübung des Versicherungsgeschäfts gem. Erlass des Min. für Industrie, Handel und Handwerk vom 11.06.1979, Amtsblatt der Rep. Italien Nr. 195 vom 18.07.1979
Eingetragen im IVASS-Unternehmensverzeichnis unter Nr. 1.00051 - Assimoco Gruppe (IVASS-Konzernverzeichnisnr. 051)
Obergesellschaft der Assimoco Gruppe
*USt-IdNr. zur Rechnungsstellung: 10516920963 (Konzern)

Vertrieben von:

