



FORMULAR AUSSCHLIESSLICH FÜR KÖRPERSCHÄDEN

WICHTIG

Gemäss Artikel 22 des Arena Vertrages ist jede Unfallerkklärung **innerhalb von 15 Tagen an die LEWB** ab dem Datum des Unfalls auf dem postalischen Weg zuzustellen. Hierbei handelt es sich natürlich um die Unfallerkklärung 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 Unfallerkklärung abzulehnen. Die Unfallerkklärung 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 Unfallerkklärung 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

