

Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden und Krankheitsfälle
(auch Zahn- und Brillenschäden)

Versicherungsbüro beim
Landessportbund Hessen e.V.
Otto-Fleck-Schneise 4
60528 Frankfurt/M.

1. Vereinsnummer: 11 / (bitte freilassen)
2. Name und Anschrift des Vereins: _____ _____ _____
Ist der Verein Mitglied im <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Name und Anschrift des Sachbearbeiters im Verein: _____ _____
Tagsüber zu erreichen unter Tel.: _____

I. Personalien der verletzten / erkrankten Person

1. Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
2. Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
3. Ausgeübter Beruf: _____ Tel. p: _____ d: _____
 selbständig angestellt beamtet _____
4. Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden
5. Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: _____
6. Bankverbindung: Konto-Nr. _____ BLZ: _____
Kreditinstitut _____
Kontoinhaber _____
7. Mitgliedschaft im Verein/Verband: seit _____ Mitglied Zeitmitglied Nichtmitglied
Mitglied in einem anderen Verein des nein ja bei: _____
Ist für die Nichtmitglieder Versicherungsschutz bei unserer Gesellschaft beantragt worden? nein ja
8. Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert
 privat krankenversichert nicht krankenversichert
 beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger
9. Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung? _____
10. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-Unfallversicherung (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)? Ist der Unfall dort gemeldet worden? ja nein
Name: _____ Anschrift: _____
Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____

II. Unfallhergang / Verlauf der Erkrankung

11. Wann hat sich der Unfall ereignet?
Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?
Bei welcher Sportart? _____
Uhrzeit: _____ Datum: _____
Sportart: _____
12. Wo hat sich der Unfall zugetragen?
Wo ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?
PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____ Sportstätte: _____
13. Schildern Sie bitte den Unfallhergang bzw. den Verlauf der Erkrankung (Ursachen, Verlauf, Folgen) _____

14. Unfallzeugen
(Bitte Namen und Anschrift angeben)
1. _____
2. _____
3. _____
15. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?
 nein ja, durch _____
Az.: _____
16. Hatte der/die Verletzte vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Was und wieviel? Wann?
 nein ja, _____ Glas _____ gegen _____ Uhr
17. Wurde eine Blutprobe entnommen? Mit welchem Ergebnis?
 nein ja, _____ ‰

III. Anlass des Unfalls / der Erkrankung:

18. Ist die Verletzung / Erkrankung eingetreten

a) beim Vereinssport?

nein ja, beim Wettkampf zwischen _____

ja, beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining

ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens

b) bei einer anderweitigen Vereinsveranstaltung?

nein ja, bei * _____

c) auf dem Wege zu bzw. von einer Veranstaltung?

nein ja, auf dem Wege zu bzw. von * _____

d) beim Einzeltraining?

nein ja

e) bei einer sonstigen vereinsbezogenen Tätigkeit?

nein ja, beim * _____

19. a) In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?

als aktiver Sportler

Trainer, Übungsleiter

Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer

hauptamtlicher Mitarbeiter

b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?

nein ja, der _____

20. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?

nein ja Aushang Veranstaltungskalender

schriftliche Einladung

Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan **

durch _____

* Bitte die genaue Bezeichnung (Namen, Motto etc.) wiedergeben!

** Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.

IV. Unfallfolgen

21. Welche Verletzungen sind eingetreten? links rechts
Zahnschäden? Brillenschäden?

22. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt?
(Bitte Namen und Anschrift angeben)

23. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

24. Welcher Arzt bzw. welches Krankenhaus wurde mit der Weiterbehandlung betraut?
(Bitte Namen u. Anschrift angeben)

Voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung:

_____ Tage im Krankenhaus

Voraussichtliche Dauer der ambulanten Behandlung:

_____ Tage

25. Ist vollständige Heilung zu erwarten?

wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar

nein, da _____

V. Vorschäden

26. Litt der/die Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen?

nein ja, an _____

27. Hatten diese Krankheiten bzw. Gebrechen eine dauerhafte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zur Folge?

nein ja, und zwar eine MdE von _____ %

28. Sind diese Krankheiten bzw. Gebrechen durch einen Unfall hervorgerufen worden?

nein ja

29. Wann hatte sich dieser Unfall ereignet?

30. Ist anlässlich dieses Unfalls eine Entschädigung/ Rente gezahlt worden?

nein ja, seitens _____

Az.: _____

31. Sind damals Leistungen aus dem Sportversicherungsvertrag in Anspruch genommen worden?

nein ja, Schaden-Nr.: _____

Die Rechtsprechung verpflichtet uns zu dem Hinweis, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruches auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

Die obigen Fragen sind nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß beantwortet worden.

Erklärung des Verletzten: *

„Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Ich bin ferner damit einverstanden, dass der Versicherer alle von ihm eingeholten Arztberichte und Gutachten einem kompetenten medizinischen Berater zur Prüfung vorlegt.“

Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) _____

ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Ich habe das dem Verein vorliegende Merkblatt zum Umfang des Versicherungsschutzes eingesehen. Mir ist bekannt, dass eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge innerhalb von 30 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein muss.“

*(Der Wortlaut dieser Erklärung entspricht einer Weisung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.)

Der Anhang zur Schadenanzeige wurde mir ausgehändigt.

_____, den _____

Der Anhang zur Schadenanzeige wurde dem Verletzten bzw. gesetzl. Vertreter ausgehändigt

Bitte unteren Abschnitt ausfüllen und der verletzten oder erkrankten Person aushändigen. Eine zusätzliche Bestätigung des Eingangs der Unfallmeldung durch das Versicherungsbüro erfolgt nicht mehr.

Bitte diese Seite unbedingt dem Verletzten / Erkrankten aushändigen

Vereinsnummer: /

Unfalltag: _____ Meldetag: _____

Name und Anschrift des/der Verletzten:

Bestätigung über die Meldung Ihres Sportunfalles

Wir haben die Meldung Ihres Sportunfalls aufgenommen und werden diese unverzüglich an das



Versicherungsbüro beim
Landessportbund Hessen e.V.
Otto-Fleck-Schneise 4
60528 Frankfurt/M.
Tel: 069/67 89-252

weiterleiten. Rückfragen zu Ihrem Sportunfall bitten wir direkt an das Versicherungsbüro zu richten.

Geben Sie dabei bitte immer unsere nebenstehende Vereinsnummer und den Unfalltag an.

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins

(Bitte Rückseite beachten)

TSP 24300 (5 - 1.06)

Wichtige Hinweise

1. Rechnungen zu Heilbehandlungs-, Transport- und Bergungskosten sowie Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden im Rahmen der Unfall-Zusatzleistungen sind vorab der gesetzlichen oder privaten Kranken- oder Unfallversicherung, der Beihilfe-Einrichtung oder dem Träger der Sozialhilfe einzureichen. Werden diese Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, sind die Originalrechnungen oder beglaubigte Kopien dieser Rechnungen – mit einem Bearbeitungs-/Erstattungsvermerk versehen – dem Versicherungsbüro zur Prüfung vorzulegen. Die gesetzliche Praxisgebühr ist nicht erstattungsfähig.
2. Sollte der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) führen, muss die Invalidität innerhalb von 30 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
3. Ein Anspruch auf die erste Übergangsleistung ist spätestens 7 Monate, auf die weitere Übergangsleistung spätestens 10 Monate nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen.
4. Das versicherte Vereinsmitglied darf nicht darauf vertrauen, dass an seiner Stelle der Schadensachbearbeiter des Vereins für eine Wahrnehmung der vertraglichen Rechte Sorge trägt.
5. Der Versicherte ist verpflichtet, sich, sofern dies sein Zustand erlaubt, den von dem Versicherer bezeichneten Ärzten zur Untersuchung zu stellen.

ARAG

Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

EUROPA

Krankenversicherung AG
Piusstraße 137, 50931 Köln

ARAG

Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf