

# Sport-Schadenmeldung

## für Unfallschäden und Krankheitsfälle (auch Zahn- und Brillenschäden)

Versicherungsbüro bei der  
**Sporthilfe e.V.**  
Postfach 2540  
**58475 Lüdenscheid**

1. Ist der Verein Mitglied im LSB NRW? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Vereins-Kennziffer: <b>15 /</b> (bitte freilassen)
3. Name und Anschrift des Vereins/Verbandes: _____ _____
4. Name und Anschrift des Sachbearbeiters im Verein/Verband: _____ _____
5. Funktion im Verein/Verband: _____ Tagsüber zu erreichen unter Tel.: _____ / _____ Fax: _____ e-mail: _____

**Bitte senden Sie Unfall-Schadenmeldung und Schweigepflichtentbindungserklärung vollständig ausgefüllt mit 2 Unterschriften der verletzten Person sowie Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbandes an die o.g. Adresse!**

### I. Personalien des verletzten Mitgliedes:

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: \_\_\_\_\_  Zeitmitglied von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Nichtmitglied  
Mitglied in einem anderen Verein des LSB/LSV?  nein  ja bei: \_\_\_\_\_  
Ist für die Nichtmitglieder Versicherungsschutz bei unserer Gesellschaft beantragt worden?  nein  ja

### II. Unfallhergang:

8. Wann hat sich der Unfall ereignet?  
Bei welcher Sportart? Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_  
Sportart: \_\_\_\_\_
9. Wo hat sich der Unfall zugetragen? PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Sportstätte: \_\_\_\_\_
10. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Unfallzeugen  
(Bitte Namen und Anschrift angeben)

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

12. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?

nein  ja

Durch welche Dienststelle?

Aktenzeichen:

Sachbearbeiter/Telefonnummer:

13. Hatte der/die Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?

nein  ja

Art: \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

14. Wurde eine Blutprobe entnommen?

nein  ja, Ergebnis: \_\_\_\_\_‰

### III. Anlass des Unfalls:

15. Ist die Verletzung eingetreten

a) beim Vereinssport?

nein  ja, beim Wettkampf zwischen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_

ja, beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining

b) beim Freizeit- und Breitensport für Mitglieder und Nichtmitglieder?

nein  ja, bei einem Volkswettbewerb \* \_\_\_\_\_

ja, bei einer Trimmaktion \* \_\_\_\_\_

ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens

ja, bei \* \_\_\_\_\_

c) bei einer anderweitigen Vereinsveranstaltung?

nein  ja, bei \* \_\_\_\_\_

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

nein  ja, auf dem Wege zu bzw. von \* \_\_\_\_\_

e) beim Einzeltraining?

nein  ja

f) bei einer sonstigen vereinsbezogenen Tätigkeit?

nein  ja, beim \* \_\_\_\_\_

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

als  aktiver Sportler

Trainer, Übungsleiter  mit  ohne Lizenz

Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer

hauptamtlicher Mitarbeiter

\_\_\_\_\_

nein  ja, der \_\_\_\_\_

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

nein  ja  Aushang  Veranstaltungskalender

schriftliche Einladung

Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan \*\*

durch

\* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!

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

### IV. Unfallfolgen:

18. Welche Verletzungen sind eingetreten? Wo?  links  rechts  
Zahnschäden? Brillenschäden?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

20. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

\_\_\_\_\_

21. 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 Arbeitsunfähigkeit:

\_\_\_\_\_ Tage arbeitsunfähig krank

22. Ist vollständige Heilung zu erwarten?

wahrscheinlich ja  derzeit nicht vorhersehbar

nein, da \_\_\_\_\_

### V. Vorschäden:

23. Hatte der/die Verletzte schon vor dem Unfall Gesundheitsbeeinträchtigungen?

Verletzungen  keine  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen  keine  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Gebrechen/chronische Leiden  keine  ja, und zwar \_\_\_\_\_

24. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung?

Name/Anschrift \_\_\_\_\_

nein  ja, bei wem \_\_\_\_\_

25. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden?

nein  ja

damaliges Unfalldatum? \_\_\_\_\_

26. Hat der/die Verletzte infolge des früheren Unfalls eine Invaliditätsentschädigung (Rente oder Kapitalzahlung) oder eine Verletzten- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten?  nein  ja \_\_\_\_\_  
 von: \_\_\_\_\_  
 Leistungszeitraum: \_\_\_\_\_
27. Sind damals Leistungen aus dem Sportversicherungsvertrag in Anspruch genommen worden?  nein  ja, Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

**VI. Weitere Versicherungen:**

28. Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist  pflichtkrankenversichert  freiwillig krankenversichert  privat krankenversichert  
 nicht krankenversichert  beihilfeberechtigt  Sozialhilfeempfänger
29. Bei welcher **Krankenkasse/privaten Krankenversicherung**? \_\_\_\_\_
30. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-**Unfallversicherung** (z.B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?  
 Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_  
 Ist der Unfall dort gemeldet worden?  nein  ja
31. Für das verletzte Mitglied besteht keine weitere Unfallversicherung

**VII. Hinweise und Unterschriften**

Ich habe die Schadenanzeige nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt. Mir ist bekannt, dass eine vorsätzliche Verletzung einer Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zum Verlust des Versicherungsschutzes führt und die ARAG im Falle einer grobfahrlässigen Verletzung einer solchen Obliegenheit berechtigt ist, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Wenn ich nachweise, dass ich die Obliegenheit nicht grobfahrlässig verletzt habe, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn ich nachweise, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich ist. Das gilt nicht, wenn ich die Obliegenheit arglistig verletzt habe.

Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter [www.arag.sport.de](http://www.arag.sport.de) zugängliche Merkblatt zum Umfang des Versicherungsschutzes eingesehen.

**Gleichzeitig bestätige ich, dass mir der Informations-Anhang zur Schadenanzeige ausgehändigt worden ist.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Der Informations-Anhang zur Schadenanzeige wurde dem Verletzten bzw. gesetzlichen Vertreter ausgehändigt

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Verletzten oder gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Stempel + Unterschrift des Vereins

**Schweigepflicht-Entbindung zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte kreuzen Sie die von Ihnen gewünschte Erklärung an:

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht und zur Beschleunigung der Leistungsprüfung befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende medizinische Gutachter übermittelt werden.

Diese Erklärungen gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindungserklärung zu jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung gebe ich nicht ab. Ich wünsche stattdessen, dass mich der Versicherer im konkreten Einzelfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde.

**Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der verletzten Person, ihres gesetzlichen Vertreters oder im Todesfall ihrer Erben

**Diese Erklärung muss gesondert unterschrieben werden, da sonst eine weitere Bearbeitung nicht möglich ist.**