Sport-Schadenmeldung

für
Unfallschäden
(auch Zahn- und Brillenschäden)

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

1. Ist der Verein Mitglied im LSBH? ☐ nein ☐ ja

2. lsb h-Vereinsnummer : 11 /

(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: _____
   Sportart: _____
9. Wo hat sich der Unfall zugetragen?
   PLZ: _____ Ort: _____
   Straße: _____
   Sportstätte: _____
10. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen)

TSP 23300 (2 - 1.08)

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
☐ _____

b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? ☐ 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? ☐ nein ☐ ja, bei wem

Name/Anschrift _____

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 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.

– Informationen über Fristen und Anspruchsvoraussetzungen –

Bitte diese Seite unbedingt dem Verletzten aushändigen!

lsb h-Vereinsnummer: 11 /

Unfalltag: _____ Meldetag: _____

Name und Anschrift des/der Verletzten:

Bestätigung über die Meldung Ihres Sportunfalles

Sehr geehrtes Mitglied,

wie Sie wissen, haben wir Ihren Sportunfall aufgenommen. Die Schadenmeldung werden wir unverzüglich an das

Versicherungsbüro
beim Landessportbund Hessen e.V.
Otto-Fleck-Schneise 4
60528 Frankfurt/M., Tel. 069/6789-252

weiterleiten. Wenn Sie Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, **können Sie sich auch direkt an das Versicherungsbüro wenden. Geben Sie dabei bitte immer unsere nebenstehende lsb h-Vereinsnummer an.**

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins

Wichtige Hinweise zum Kranken- und Unfallversicherungsschutz

1. Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (im Ausland), Transportkosten und Bergungskosten, Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden, Hilfsmitteln, Rückbeförderung/Überführung und Erstbeförderung sind **vorab** anderen Kostenträgern (z.B. gesetzliche oder private Kranken- oder Unfallversicherung, Beihilfeeinrichtungen, Träger der Sozialhilfe) einzureichen. Werden diese Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, sind die Originalrechnungen oder beglaubigten Kopien dieser Rechnungen – mit einem Bearbeitungs-/Erstattungsvermerk versehen – dem Versicherungsbüro zur Prüfung vorzulegen. Eine Erstattung erfolgt im Rahmen der mit dem LSB vereinbarten Leistungen. Die gesetzliche Praxisgebühr oder sonstige Eigenanteile oder Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung **nicht** erstattungsfähig.

   Bescheinigungen über Krankenhausaufenthalte sind bitte mit Diagnose einzureichen.
2. Die Versichherungsleistungen im Rahmen der Krankenversicherung werden für die Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls oder der Erkrankung – erbracht. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bei unfallbedingtem Verlust von Zähnen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.
3. Ein Anspruch auf **Invaliditätsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
   - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, spätestens vor Ablauf von weiteren 3 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und
   - spätestens innerhalb von weiteren 15 Monaten (insgesamt somit spätestens 30 Monate nach Eintritt des Unfalls) von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.
   - Bei Kindern und Jugendlichen (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) wird die Frist zur Geltendmachung eines Invaliditätsanspruchs bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, höchstens jedoch auf 60 Monate nach dem Unfall verlängert.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

4. Ein Anspruch auf **Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
   - nach Ablauf von sechs Monaten (erste Übergangsleistung) bzw. neun Monaten (zweite Übergangsleistung) vom Unfalltag an gerechnet
   - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
   - noch um mehr als 50 % beeinträchtigt ist und
   - die Beeinträchtigung innerhalb der sechs bzw. neun Monate ununterbrochen bestanden hat.
   - Die Übergangsleistung muss (bei der ersten Übergangsleistung) spätestens sieben Monate, (bei der zweiten Übergangsleistung) spätestens zehn Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Übergangsleistung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

5. Das versicherte Vereinsmitglied darf nicht darauf vertrauen, dass an seiner Stelle der Schadensachbearbeiter des Vereins für eine Wahrnehmung der vertraglichen Rechte Sorge trägt.

Vertragsgesellschaften des Landessportverband Hessen e.V.:

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**