

Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Versicherungsbüro beim
LSB Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Wittenburger Straße 116
19059 Schwerin

1. Ist der Verein Mitglied im LSB M-V? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Vereins-Kennziffer: 21 /
(bitte freilassen)
3. Name und Anschrift des Vereins/Verbands:

4. Name und Anschrift des Sachbearbeiters im Verein/Verband:

Tagsüber Tel.: _____ / _____
Fax: _____ / _____
e-mail: _____

Den **Sachbearbeiter im Verein/Verband** bitten wir, die Abschnitte I. bis IV. sorgfältig auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbands-Stempel und Unterschrift zu bestätigen. Bitte ergänzen Sie auch Seite 1 des **Informationsanhangs**.

Um den Datenschutz zu gewährleisten, ist danach der/dem **Verletzten** die Möglichkeit zum selbständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten ab dem V. Abschnitt zu geben.

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung ist – in der Regel durch die verletzte Person – mit der Schweigepflichtentbindungserklärung (Unterschriften auf Seiten 3 und 4 nicht vergessen) anschließend an das Versicherungsbüro zu senden.

I. Angaben des Vereins zum Verletzten:

1. Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
2. Mitgliedschaft im Verein/Verband:
 ja, seit: _____ Zeitmitglied von _____ bis _____ Nichtmitglied
3. Ist für Nichtmitglieder bei unserer Gesellschaft Versicherungsschutz beantragt worden? nein ja Vertrags-Nr.: _____
4. Mitglied in einem anderen Verein des LSB/LSV? nein ja bei: _____

II. Unfallhergang:

5. Wann hat sich der Unfall ereignet?
Bei welcher Sportart? Uhrzeit: _____ Datum: ____ . ____ . 20 ____
Sportart: _____
6. Wo hat sich der Unfall zugetragen? PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____
Sportstätte: _____
7. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen) _____

III. Anlass des Unfalls

8. 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 * _____
 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, bei * _____
- f) bei einer sonstigen vereinsbezogenen Tätigkeit? nein ja
- g) bei einem Arbeitsunfall? nein ja
9. a) In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?
- als aktiver Sportler
 Trainer, Übungsleiter
 Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer
 hauptamtlicher Mitarbeiter

- nein ja, der _____
- b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? nein ja
10. 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. Stempel und Unterschrift des Vereins:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt.

_____, den _____, Stempel und Unterschrift des Vereins

V. Personalien des verletzten Mitglieds:

11. Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
12. Ausgeübter Beruf (*): _____ selbständig angestellt beamtet _____
13. Kontakt (*): Tel. priv.: _____ dienstl.: _____ e-mail: _____
14. Familienstand (*): ledig/geschieden/verwitwet verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
15. Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: _____
16. Bankverbindung: Konto-Nr. _____ BLZ: _____
 Kreditinstitut _____
- (*) freiwillige Angabe Kontoinhaber _____

VI. Unfallzeugen und Unfallaufnahme:

17. Unfallzeugen (Bitte Namen und Anschrift angeben)
1. _____

 2. _____

18. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? nein ja
 Durch welche Dienststelle? _____
 Aktenzeichen: _____
 Sachbearbeiter/Telefonnummer: _____
19. 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 _____
20. Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja, Ergebnis: _____‰

VII. Unfallfolgen:

21. Welche Verletzungen sind eingetreten? Wo? 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 Arbeitsunfähigkeit:

_____ Tage arbeitsunfähig krank

25. Ist vollständige Heilung zu erwarten?

wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar

nein, da _____

VIII. Vorschäden (Bitte beachten Sie die Hinweise auf S. 4 der Schadenmeldung):

26. Hatte der/die Verletzte in den letzten 10 Jahren vor dem Unfall Gesundheitsbeeinträchtigungen, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem hier gemeldeten Unfall stehen/stehen können?

Verletzungen keine ja, und zwar _____

Vorerkrankungen keine ja, und zwar _____

Gebrechen/chronische Leiden keine ja, und zwar _____

27. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei wem _____

Name/Anschrift _____

28. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden? nein ja

damaliges Unfalldatum? _____

29. Hat der/die Verletzte infolge des früheren Unfalls eine Invaliditätsleistung (Rente oder Kapitalzahlung) oder eine Verletzten- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten? nein ja _____

von: _____

Leistungszeitraum: _____

30. Sind damals Leistungen aus dem Sportversicherungsvertrag in Anspruch genommen worden? nein ja, Schaden-Nr.: _____

IX. Weitere Versicherungen:

31. Das verletzte/erkrankte Mitglied pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert privat krankenversichert
bzw. dessen Versorger ist nicht krankenversichert beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger

32. Bei welcher **Krankenkasse**/privaten **Krankenversicherung**? _____

33. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-**Unfallversicherung** (z.B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?

a) Name der Versicherung: _____ Anschrift: _____

Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____

b) Name der Versicherung: _____ Anschrift: _____

Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____

Ist der Unfall dort gemeldet worden? a) nein ja b) nein ja

34. Für das verletzte Mitglied besteht keine weitere Unfallversicherung

X. 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 grob fahrlässig 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 _____

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

Achtung! Unbedingt auf Seite 4 die Schweigepflichtentbindungserklärung ausfüllen und unterschreiben!

XI. 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 in der Folge 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.

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

_____, den _____

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

Hinweis zu VIII. Vorschäden

1. Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Versicherungsschutz wird in der Regel für Unfälle und deren Folgen gewährt, nicht jedoch für unfallfremde Ursachen von Gesundheitsschädigungen wie Krankheiten oder konstitutionell oder schicksalhaft bedingten gesundheitlichen Unregelmäßigkeiten. Unfallfremde Ursachen müssen deshalb vom Versicherungsschutz deutlich abgegrenzt werden.

Zu nennen sind hier nicht nur unmittelbar an dem vom Unfall betroffenen Körperteil bestehende Vorschädigungen (z.B. Achillessehnenruptur bei erheblichem Sehnenverschleiß oder Oberschenkelfraktur bei bestehendem Knochentumor usw.), sondern auch möglicherweise mittelbar im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehende Beeinträchtigungen (z.B. Diabetes mellitus, Asthma usw.).

Unter *Krankheiten* versteht die Rechtsprechung üblicherweise einen regelwidrigen, objektiv vorhandenen, d.h. vom Arzt feststellbaren Körperzustand.

Gebrechen sind dauernde abnorme Gesundheitszustände, die eine einwandfreie Ausübung der normalen Körperfunktionen nicht mehr zulassen.

2. Vorinvalidität

Eine eventuell bestehende Vorinvalidität ist nur dann zu berücksichtigen, wenn der neue Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, deren Funktionen schon zuvor dauernd beeinträchtigt waren. So spielen z.B. die Folgen einer früheren Unterarmfraktur nur im Falle einer erneuten Verletzung des selben Armes eine Rolle. Sie kann jedoch in der Regel außer Acht gelassen werden, wenn der neue Unfall andere Körperteile oder Sinnesorgane betrifft.

Vereins-Kennziffer: 21 /

Unfalltag: _____ Meldetag: _____

Name und Anschrift des/der Verletzten:

Dies ist die Bestätigung über die Meldung Ihres Sportunfalls. Eine zusätzliche Bestätigung durch das Versicherungsbüro erfolgt nicht.

Sehr geehrtes Mitglied,

wir haben die Meldung Ihres Sportunfalls aufgenommen. Um eine zügige Schadenabwicklung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die Ihnen ausgehändigte Schadenmeldung (ab Seite 2 vollständig ausgefüllt und mit der Schweigepflichtentbindungserklärung 2 x unterschrieben) unverzüglich beim



**Versicherungsbüro beim
LSB Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Wittenburger Straße 116
19059 Schwerin
Tel. 03 85 / 7 61 76 13**

einzureichen. Sollten Sie beim Ausfüllen unsere Unterstützung benötigen, so stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wenn Sie später Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, wenden Sie sich bitte direkt an das Versicherungsbüro.

Geben Sie dabei bitte immer unsere nebenstehende Vereins-Kennziffer an.

Bitte heben Sie diese Informationen sorgfältig auf.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins

SPV 321 (03.2012)

Wichtige Hinweise zum Unfallversicherungsschutz

1. Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (auf Reisen), Transport- und Bergungskosten sowie Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden 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.
2. Zahnbehandlungs- und -ersatzkosten werden für die Dauer bis zu 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, erstattet. Bei Kindern und Jugendlichen wird diese Frist bis zum 18. Lebensjahr 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 12 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und
 - spätestens innerhalb von weiteren 6 Monaten (insgesamt somit 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. 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 LSB Mecklenburg-Vorpommern:

ARAG
Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

ARAG SE
ARAG Platz 1
40472 Düsseldorf