

# Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden  
(auch Zahn- und Brillenschäden)

ARAG Sportversicherung  
Versicherungsbüro beim  
LandesSportBund Sachsen-Anhalt e.V.  
Postfach 180262  
39029 Magdeburg

1. Vereins-Nummer: 22 /

(bitte freilassen)

2. Name und Anschrift des Vereins/Verbandes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Name und Anschrift des Unfallsachbearbeiters:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tagsüber zu erreichen unter Tel.: \_\_\_\_\_

## I. Personalien der verletzten Person

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
2. Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_
3. Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. p: \_\_\_\_\_ d: \_\_\_\_\_
4. Familienstand:  selbständig  angestellt  beamtet  \_\_\_\_\_  
 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 LSB / LSV  nein  ja bei: \_\_\_\_\_  
Ist für die Nichtmitglieder Versicherungsschutz bei unserer Gesellschaft beantragt worden?  nein  ja
8. Die verletzte Person 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 die verletzte Person eine weitere Einzel- oder Gruppen-Unfallversicherung (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?  
Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_  
Ist der Unfall dort gemeldet worden?  ja  nein

## II. Unfallhergang

11. Wann hat sich der Unfall ereignet?  
Bei welcher Sportart? Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Sportart: \_\_\_\_\_
12. Wo hat sich der Unfall zugetragen? PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Sportstätte: \_\_\_\_\_
13. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (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

18. Ist die Verletzung 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?

Zahnschäden? Brillenschäden?  links  rechts

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:

Voraussichtliche Dauer der ambulanten Behandlung:

25. Ist vollständige Heilung zu erwarten?

\_\_\_\_\_ Tage im Krankenhaus

\_\_\_\_\_ Tage arbeitsunfähig krank

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 Person aushändigen. Eine zusätzliche Bestätigung des Eingangs der Unfallmeldung durch das Versicherungsbüro erfolgt nicht mehr.

## Bitte diese Seite unbedingt dem Verletzten 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



ARAG Sportversicherung  
Versicherungsbüro beim  
LandesSportBund Sachsen-Anhalt e.V.  
Postfach 180262  
39029 Magdeburg

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

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

**ARAG**

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