



Sport-Schadenmeldung
für Unfallschäden (auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim
Bayerischen Landes-Sportverband e.V.
40464 Düsseldorf

| |
|---|
| 1. Vereins-Kennziffer: 25 / |
| 2. Name und Anschrift des Vereins/Verbands |
| 3. Name/Telefon (tagsüber) des Ansprechpartners im Verein/Verband |
| 4. Funktion im Verein/Verband |
| 5. Schadennummer (falls vorhanden) |

Den Ansprechpartner im Verein/Verband bitten wir, die Abschnitte 1. bis 4. sorgfältig auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbandsstempel und Unterschrift zu bestätigen. Bitte ergänzen Sie auch die erste Seite des Informationsanhangs zur Schadenmeldung.

Um den Datenschutz zu gewährleisten, geben Sie danach der/dem Verletzten bitte die Möglichkeit zum selbstständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten ab dem 5. Abschnitt.

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung muss – in der Regel durch die verletzte Person – anschließend an das Versicherungsbüro geschickt werden. Bitte achten Sie darauf, dass die Unterschriften auf den Seiten 2 und 5 und auf der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht fehlen.

Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.

Unterschrift des Ansprechpartners im Verein/Verband

1. Angaben des Vereins/Verbands zum Verletzten

| | | | |
|---------------|--|--------------|-----|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | |
| Straße | | PLZ | Ort |

Mitgliedschaft im Verein/Verband:

ja seit Inhaber einer Tages-/Kurskarte (bitte beifügen) Nichtmitglied

2. Unfallhergang

2.1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

Datum Uhrzeit

2.2. Wo hat sich der Unfall ereignet?

Name der Sportstätte

Straße PLZ Ort

2.3. Bei welcher Sportart?

Vereins-Kennziffer: 25 /

Name, Vorname des Verletzten

2.4. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen – evtl. gesondertes Blatt verwenden)

Empty text area for describing the accident.

3. Anlass des Unfalls:

3.1. Wie ist die Verletzung eingetreten? beim Wettkampf zwischen _____
und _____

- beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining
- bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
- bei einer sonstigen Vereins-/Verbandsveranstaltung*:

Empty text box for details of other events.

- auf dem Weg zu bzw. von einer Veranstaltung*
- beim Einzeltraining*

3.2. In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?

- als aktiver Sportler
 Funktionär
 Trainer, Übungsleiter, hauptamtlicher Mitarbeiter
 Rehasport Verordnung 56 lag vor (bitte beifügen)

3.3. Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? ja nein

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft

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

- ja nein
- schriftliche Einladung
- Aushang
- Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan **
- Veranstaltungskalender
- durch

* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!

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

Empty text box for additional information.

4. Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt. Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.

Datum

Ort

Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands

Vereins-Kennziffer: 25 /

Name, Vorname des Verletzten

Datenschutz:

Ab hier sind die weiteren Daten und Erklärungen von der/dem Verletzten auszufüllen!

Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.

Unterschrift des Verletzten

5. Personalien der verletzten Person:

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße | PLZ | Ort

Ausgeübter Beruf* selbstständig angestellt beamtet

Telefon privat* | Telefon dienstlich* | E-Mail*

Familienstand* ledig/geschieden/verwitwet verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft

Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder | Anzahl | Alter

Bankverbindung
Kontoinhaber

IBAN | BIC

* freiwillige Angabe ; diese Daten werden nur im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Leistungsfalls genutzt.

6. Informationen zum Unfallgeschehen

6.1. Wurde die Polizei hinzugezogen? nein ja

Name der Polizeidienststelle

Straße | PLZ | Ort

Aktenzeichen | Sachbearbeiter/Telefonnummer

6.2. Unfallzeugen (bitte Namen, Anschrift angeben.)

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

6.3. Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?

nein ja

Art | Menge

Zeitraum von | bis

6.4. Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja

Ergebnis in ‰

Vereins-Kennziffer: 25 /

Name, Vorname des Verletzten

7. Unfallfolgen

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

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

7.3. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

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

(Voraussichtliche) Dauer der stationären Behandlung:

Tage im Krankenhaus

(Voraussichtliche) Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Tage arbeitsunfähig krank

7.5. Ist eine vollständige Heilung zu erwarten? wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar

nein, da

8. Vorschäden

(Bitte beachten Sie die Hinweise auf Seite 3 des Informationsanhangs zur Schadenmeldung)

8.1. Hatten Sie 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

8.2. Waren Sie vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung?

nein ja, bei

Name und Anschrift

8.3. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden?

nein ja

Unfalldatum

| | | | | | | | | |

Vereins-Kennziffer: 25 /

Name, Vorname des Verletzten

9. Weitere Versicherungen

9.1. Wie sind Sie krankenversichert?

- pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert privat krankenversichert
 nicht krankenversichert beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger

9.2. Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung?

9.3. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für Sie eine weitere Einzel- oder Gruppen-Unfallversicherung (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung, eine Kreditkarte etc.)?

Name der Versicherung

Straße PLZ Ort

Versicherungsscheinnummer Schadennummer

Ist der Unfall dort gemeldet worden? nein ja

Name der Versicherung

Straße PLZ Ort

Versicherungsscheinnummer Schadennummer

Ist der Unfall dort gemeldet worden? nein ja

9.4. Es besteht keine weitere Unfallversicherung

10. Allgemeine Hinweise und Empfangsbestätigung gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

10.1 Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.

10.2 Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

10.3 Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter www.ARAG-Sport.de zugängliche Merkblatt zum Versicherungsschutz eingesehen.

10.4 Den Fristenhinweis und die „Wichtigen Hinweise zum Sport-Kranken- und Sport-Unfallversicherungsschutz“ habe ich erhalten.

10.5 Dieser Unfallanzeige fügen wir in der Anlage auch eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Unfallversicherung bei. Senden Sie diese bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben wieder an uns zurück, sonst ist eine Bearbeitung nicht möglich. Entscheiden Sie sich für eine generelle Schweigepflichtentbindung, werden wir die von Ihnen unter Punkt 7.2. und 7.4. in dieser Unfallanzeige angegebenen Ärzte – falls zur Leistungsprüfung notwendig – nach Rücksendung dieser Unfallanzeige um Auskunft bitten. Teilen Sie uns daher bei Rücksendung dieser Unfallanzeige bitte mit, falls Sie hiermit nicht einverstanden sind.

10.6 Ich bestätigte, dass mir die Fristenbelehrung und der Informationsanhang zur Schadenmeldung ausgehändigt worden sind.

Datum

Unterschrift der verletzten Person

Ort

Unterschrift Ihres gesetzlichen Vertreters

Im Todesfall Unterschrift der Erben

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG · ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender · Vorstand: Wolfgang Mathmann, Christian Vogée
Sitz und Registergericht: Düsseldorf · HRB Nr. 10418 · USt-ID-Nr.: DE811125216

EUROPA Versicherung AG · Piusstraße 137 · 50931 Köln

Aufsichtsratsvorsitzender: Lutz Duvernell · Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender), Stefan Andersch, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel, Falko Struve
Sitz der Gesellschaft: Köln · Handelsregister Amtsgericht Köln B 7474 · USt-ID-Nr.: DE124906368