

# 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:

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?
- d) auf dem Wege zu bzw. von einer Veranstaltung?
- e) beim Einzeltraining?
- f) bei einer sonstigen vereinsbezogenen Tätigkeit?
- g) bei einem Arbeitsunfall?

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

- nein  ja, bei \* \_\_\_\_\_
- nein  ja, auf dem Wege zu bzw. von \* \_\_\_\_\_
- nein  ja
- nein  ja
- nein  ja
- als  aktiver Sportler
- Trainer, Übungsleiter
- Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer
- hauptamtlicher Mitarbeiter
- \_\_\_\_\_
- nein  ja, der \_\_\_\_\_
- nein  ja  Aushang  Veranstaltungskalender
- schriftliche Einladung
- Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan \*\*
- durch

b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?

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

\* 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 bzw. dessen Versorger ist  pflichtkrankenversichert  freiwillig krankenversichert  privat krankenversichert  
 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 Auskunft- 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](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 \_\_\_\_\_

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.

