

# Sport-Schadenmeldung

## für

### Unfallschäden und Krankheitsfälle

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

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

1. Isb h-Vereinsnummer:					
(bitte freilassen)					
2. Name und Anschrift des (Stamm-)Vereins:					
_____					
_____					
3. Name und Anschrift des Unfallsachbearbeiters:					
_____					
_____					
Tagsüber zu erreichen unter Tel.: _____ / _____					

#### I. Personalien des verletzten/erkrankten Mitgliedes:

- Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
- Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_
- Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. p: \_\_\_\_\_ d: \_\_\_\_\_  
 selbständig  angestellt  beamtet  \_\_\_\_\_
- Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden
- Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: \_\_\_\_\_
- Ist der/die Verletzte a) Vereinsmitglied?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
 b) Teilnehmer(in) einer Spielgemeinschaft?  nein  ja  
 aus welchen Vereinen setzt sich die Spielgemeinschaft zusammen? \_\_\_\_\_
- Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist  pflichtkrankenversichert  freiwillig krankenversichert  
 privat krankenversichert  nicht krankenversichert  
 beihilfeberechtigt  Sozialhilfeempfänger
- Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung? \_\_\_\_\_
- Es besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- bzw. Gruppen-Unfallversicherung (evtl. auch über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.) bei:  
 Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_  
 Ist der Unfall dort gemeldet worden?  nein  ja Schadennummer: \_\_\_\_\_

#### II. Unfallhergang / Verlauf der Erkrankung:

- Wann hat sich der Unfall ereignet?  
 Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?  
 Bei welcher Sportart? Datum: \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
 Sportart: \_\_\_\_\_
- Wo hat sich der Unfall zugetragen?  
 Wo ist die Erkrankung erstmals aufgetreten? PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Sportstätte: \_\_\_\_\_
- Schildern Sie bitte den Unfallhergang bzw. den Verlauf der Erkrankung (Ursachen, Verlauf, Folgen)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Unfallzeugen (Bitte Namen und Anschrift angeben)  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_
- Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?  nein  ja, durch \_\_\_\_\_  
 Az.: \_\_\_\_\_
- Hatte der Verletzte vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Was und wieviel? Wann?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Glas \_\_\_\_\_ gegen \_\_\_\_\_ Uhr
- Wurde eine Blutprobe entnommen? Mit welchem Ergebnis?  nein  ja, \_\_\_\_\_ %

#### III. Anlass des Unfalls / der Erkrankung:

- Ist die Verletzung/Erkrankung eingetreten a) beim Vereinssport?  nein  ja, beim Wettkampf zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  
 ja, beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining

**Bitte unteren Abschnitt ausfüllen und dem verletzten Mitglied aushändigen. Eine zusätzliche Bestätigung der Unfallmeldung an den Verein durch das Versicherungsbüro beim Landessportbund Hessen e.V., erfolgt nicht mehr.**

- 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 \* \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 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 \* \_\_\_\_\_
18. 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 \_\_\_\_\_
19. 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 ggfs. nachfordern können.

#### IV. Unfallfolgen

20. Welche Verletzungen sind eingetreten?  
An welcher Krankheit leidet das Mitglied?  
Zahnschäden? Brillenschäden? \_\_\_\_\_
21. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt?  
(Bitte Namen und Anschrift angeben) \_\_\_\_\_
22. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt? \_\_\_\_\_
23. 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 ambulanten Behandlung: \_\_\_\_\_ Tage arbeitsunfähig krank
24. Ist vollständige Heilung zu erwarten?  
 wahrscheinlich ja  derzeit nicht vorhersehbar  
 nein, da \_\_\_\_\_

#### V. Vorschäden

25. Sind der/die Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen?  nein  ja, an \_\_\_\_\_
26. Hatten diese Krankheiten bzw. Gebrechen eine dauerhafte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zur Folge?  nein  ja, und zwar eine MdE von \_\_\_\_\_%
27. Sind diese Krankheiten bzw. Gebrechen durch einen Unfall hervorgerufen worden?  nein  ja
28. Wann hatte sich dieser Unfall ereignet? \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_
29. Ist anlässlich dieses Unfalls eine Entschädigung/Rente gezahlt worden?  nein  ja, seitens \_\_\_\_\_  
Az.: \_\_\_\_\_
30. 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 Beede vorliegende Merkblatt zum Umfang des Versicherungsschutzes eingesehen. Mir ist bekannt, dass eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und spätestens binnen weiterer 15 Monate geltend gemacht sein muss.“

\*(Der Wortlaut dieser Erklärung entspricht einer Weisung des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen.)

**Konto des Verletzten** Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Postbank/Bankverbindung: \_\_\_\_\_  
Konto-Nummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Der Anhang zur Schadenanzeige wurde mir ausgehändigt  
Der Anhang zur Schadenanzeige wurde dem Verletzten bzw. gesetzl. Vertreter ausgehändigt

<b>Isb h-Vereinsnummer:</b>	
Unfalltag: _____ Meldetag: _____	

Name und Anschrift des 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 Isb h-Vereinsnummer an.**

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins

(Bitte Rückseite beachten)

TSP 11300 (10 - 4.03)

## Wichtige Hinweise

1. Alle Rechnungen zu Heilbehandlungs- und Transportmaßnahmen sind vorab der gesetzlichen oder privaten Kranken- oder Unfallversicherung, der Beihilfe-Einrichtung, dem Träger der Sozialhilfe einzureichen. Werden die Heilbehandlungs- und Transportkosten nicht oder nur teilweise erstattet, sind die Originalrechnungen – mit einem Bearbeitungs-/Erstattungsvermerk versehen – dem Versicherungsbüro zur Prüfung vorzulegen.
2. Sollte der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) führen, muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltage an gerechnet ärztlich festgestellt und spätestens binnen weiterer 15 Monate 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.

Vertragsgesellschaften beim Landessportbund 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