

Sport-Schadenmeldung

für

Unfallschäden und Krankheitsfälle

(auch auch für Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

**Versicherungsbüro bei der
Sporthilfe e.V.**
Postfach 25 40
58475 Lüdenscheid

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

I. Personalien des verletzten/erkrankten Mitgliedes:

1. Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
2. Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
3. Ausgeübter Beruf: _____ Tel. p: _____ d: _____
 selbständig angestellt beamtet _____
4. Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden
5. Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: _____
6. Ist der/die Verletzte Vereinsmitglied? nein ja, seit _____
7. Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist
 pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert
 privat krankenversichert nicht krankenversichert
 beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger
8. Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung? _____
9. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- bzw. Gruppen-Unfallversicherung (auch über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?
Name: _____ Anschrift: _____
Versicherungsscheinnummer: _____
Ist der Unfall dort gemeldet worden? nein ja Schadennummer: _____

II. Unfallhergang / Verlauf der Erkrankung:

10. Wann hat sich der Unfall ereignet?
Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?
Bei welcher Sportart? Datum: _____ . _____ . 20 _____ Uhrzeit: _____
Sportart: _____
11. Wo hat sich der Unfall zugetragen?
Wo ist die Erkrankung erstmals aufgetreten? PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____ Sportstätte: _____
12. Schildern Sie bitte den Unfallhergang bzw. den Verlauf der Erkrankung (Ursachen, Verlauf, Folgen)

13. Unfallzeugen
(Bitte Namen und Anschrift angeben) 1. _____
2. _____
3. _____
14. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? nein ja, durch _____
Az.: _____
15. Hatte der Verletzte vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Was und wieviel? Wann? nein ja, _____ Glas _____ gegen _____ Uhr
16. Wurde eine Blutprobe entnommen? Mit welchem Ergebnis? nein ja, _____ ‰

III. Anlass des Unfalls / der Erkrankung:

17. 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 bei der Sporthilfe e.V., erfolgt nicht.

- b) beim Freizeit- und Breitensport für Mitglieder und Nichtmitglieder?
- c) bei einer anderweitigen Vereinsveranstaltung?
- d) auf dem Wege zu bzw. von einer Veranstaltung?
- e) beim Einzeltraining?
- f) bei einer sonstigen vereinsbezogenen Tätigkeit?
18. a) In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?
- b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?
- nein ja, der _____
19. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?
- * Bitte die genaue Bezeichnung (Namen, Motto etc.) wiedergeben!
** Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.
- nein ja, bei einem Volkswettbewerb * _____
 ja, bei einer Trimmaktion * _____
 ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
 ja, bei * _____ seit: ____ / ____
- nein ja, bei * _____
- nein ja, auf dem Wege zu bzw. von * _____
- nein ja
- nein ja, beim * _____
- als aktiver Sportler
 Trainer, Übungsleiter mit ohne Lizenz
 Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer
 hauptamtlicher Mitarbeiter

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

IV. Unfallfolgen

20. Welche Verletzungen sind eingetreten?
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
24. Ist vollständige Heilung zu erwarten?
 wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar
 nein, da _____

V. Vorschäden

25. Litt 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 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 15 Monaten vom Unfalltage an gerechnet ärztlich festgestellt und spätestens binnen weiterer 15 Monate geltend gemacht sein muss.“
*(Der Wortlaut dieser Erklärung entspricht einer Weisung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.)

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
 (Unterschrift des Verletzten bzw. gesetzl. Vertreters) (Stempel und Unterschrift des Vereins)

Wichtige Hinweise zur Kranken- und Unfallversicherung

Falls Sie infolge eines Unfalls ärztliche Hilfe benötigen, wollen Sie bitte folgendes beachten:

Kostenträger für eine sportunfallbedingte Behandlung/Krankentransport ist der eigene Krankenversicherer. Dies gilt auch für mitversicherte Familienangehörige.

Bundeswehrangehörige und Angehörige des Bundesgrenzschutzes müssen nach einem Sportunfall sofort ihre Standortverwaltung und den zuständigen Truppenarzt benachrichtigen. Sollte dieser nicht erreichbar sein, so ist der behandelnde Arzt darauf hinzuweisen, dass die entstehenden Kosten mit der Bundeswehr/Bundespolizei abzurechnen sind.

Die Sport-Krankenversicherung beteiligt sich bei: Zahnschäden, Brillenschäden, Hörgeräten, Hilfsmitteln, Rückbeförderung/Überführung, Ersttransport und Heilbehandlungskosten im Ausland.

Ansprüche auf o.g. Versicherungsleistungen bestehen erst *nach Vorleistung* anderer Kostenträger (z.B. gesetzliche oder private Kranken- oder Unfallversicherungen, Beihilfeeinrichtungen, Träger der Sozialhilfe), Kostenbelege sind mit Erstattungsvermerk des vorleistungspflichtigen Kostenträgers zwecks Prüfung vorzulegen.

Die den Versicherten vom Gesetzgeber auferlegten Eigenanteile/Zuzahlungen (bei Rezeptgebühren, stationärem Krankenhausaufenthalt) werden im Rahmen des Sportversicherungsvertrages **nicht** erstattet.

Die Heilbehandlungskosten werden für einen Zeitraum von bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls bzw. der Erkrankung – erstattet. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bei unfallbedingtem Verlust von Zähnen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.

Für die Unfallversicherung gilt u. a. folgendes:

1. Sollte der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) führen, muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und spätestens binnen weiterer 15 Monate geltend gemacht sein.
2. Sollten die Voraussetzungen für die Zahlung einer Übergangsleistung vorliegen (u.a. 6monatige Arbeitsunfähigkeit), so hat der Versicherte diesen Anspruch unverzüglich geltend zu machen.

Das versicherte Vereinsmitglied darf nicht darauf vertrauen, dass an seiner Stelle der Schadensachbearbeiter des Vereins für eine Wahrnehmung der vertraglichen Rechte Sorge trägt. Wenn Sie weitergehende Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Vertragsgesellschaften der Sporthilfe e.V. im Landessportbund N/W:

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

- Bitte diesen Talon unbedingt dem Geschädigten aushändigen -

Vereins-Kennziffer:							
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 bei der

Sporthilfe e.V.

Postfach 25 40

58475 Lüdenscheid

Tel. (02351) 94754-0 · Fax (02351) 9475450

weiterleiten. Wenn Sie Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, können Sie sich auch direkt an das Versicherungs-büro wenden.

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

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins

(Bitte Rückseite beachten)

TSP 15300 (10 - 8.05)