



Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim
Landessportbund Hessen e. V.
40464 Düsseldorf

1. Vereins-Kennziffer: 11 /
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, ist danach der/dem **Verletzten** die Möglichkeit zum selbstständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten ab dem 5. Abschnitt zu geben.

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung ist – in der Regel durch die verletzte Person – mit den Unterschriften auf den Seiten 2 und 3 anschließend an das Versicherungsbüro zu senden.

1. Angaben des Vereins/Verbands zum Verletzten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Mitgliedschaft im Verein/Verband:	
<input type="checkbox"/> ja seit	<input type="checkbox"/> Zeitmitglied seit
	<input type="checkbox"/> Nichtmitglied

2. Unfallhergang

2.1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

Datum	Uhrzeit

2.2. Wo hat sich der Unfall zugetragen?

Name der Sportstätte		
Straße	PLZ	Ort

2.3. Bei welcher Sportart?

--

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

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:

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

4. Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt.

Datum

Ort

Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands

Datenschutz:

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

5. Weitere Personalien der verletzten Person:

Straße	PLZ	Wohnort
--------	-----	---------

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

Bankverbindung

Kontoinhaber

IBAN	BIC
------	-----

*freiwillige Angabe

Wo besteht eine Krankenversicherung? gesetzlich privat

Name der Krankenversicherung

6. Unfallfolgen:

6.1. Welche Verletzungen sind eingetreten? / Welche(r) Körperteil(e) wurde(n) verletzt? links rechts

Zahnschaden Brillenschaden

6.2. Welche Ärzte haben Sie behandelt?

Name, Vorname

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Name, Vorname

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

6.3. An welchem Tag hat die Erstbehandlung stattgefunden?

Datum

6.4. Wie lange wird die vollständige Arbeitsunfähigkeit (voraussichtlich) andauern?

Tage	davon	Tage	stationär im Krankenhaus (Bitte überlassen Sie uns eine Kopie des Entlassungsberichts, damit wir Ihnen ggf. ein Krankenhaustagegeld zahlen können)
------	-------	------	--

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

nein, weil

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

7.1 Ich habe die Schadenmeldung nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt.

7.2 Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.

7.3 Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter [www. ARAG-Sport.de](http://www.ARAG-Sport.de) zugängliche Merkblatt zum Versicherungsschutz eingesehen.

7.4 „Wichtige Hinweise zum Sport-Unfallversicherungsschutz“ habe ich erhalten.

7.5 Ich bin damit einverstanden, dass die von mir mitgeteilten personenbezogenen Daten zur Schadenbearbeitung gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Datum	Unterschrift der verletzten Person
-------	------------------------------------

Ort	Unterschrift Ihres gesetzlichen Vertreters
-----	--

Im Todesfall Unterschrift der Erben

Informationsanhang zur Schadenmeldung

Bitte trennen Sie diesen Anhang mit wichtigen Hinweisen zu Fristen, Anspruchsvoraussetzungen und Folgen bei der Verletzung von Obliegenheiten ab und händigen Sie diesen dem Verletzten aus!

1. Vereins-Kennziffer: 11 /

Unfalltag

Meldetag

Bestätigung über die Meldung Ihres Sportunfalls

Sehr geehrtes Mitglied,

die Meldung Ihres Sportunfalls wurde aufgenommen. Um eine zügige Schadenabwicklung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die Ihnen ausgehändigte Schadenmeldung (ab Seite 3 vollständig ausgefüllt und unterschrieben) unverzüglich beim

Versicherungsbüro beim
Landessportbund Hessen e. V.
40464 Düsseldorf
Telefon 069 6789 - 252
E-Mail vsbfrankfurt@ARAG-Sport.de

einzureichen.

Sollten Sie beim Ausfüllen Unterstützung benötigen, so steht Ihnen Ihr Verein sicher gern zur Verfügung. Wenn Sie später Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, wenden Sie sich bitte direkt an das Versicherungsbüro. Geben Sie dabei bitte immer die oben genannte Vereins-Kennziffer oder später die Schadennummer an. Bitte heben Sie diese Informationen sorgfältig auf.

Versicherungsleistungen in der Sport-Unfallversicherung

- Invaliditätsleistung
- Todesfallleistung
- Übergangsleistungen
- Reha-Management
- Serviceleistungen
- Krankenhaus-Tagegeld

Wichtige Hinweise zum Sport-Kranken- und Sport-Unfallversicherungsschutz

1. Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (im Ausland) sowie Transport- und Bergungskosten, Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden, Hilfsmitteln, Rückbeförderung/ Überführung sowie Erstbeförderung sind vorab anderen Kostenträgern (zum Beispiel gesetzliche oder private Kranken- oder Unfallversicherung, Beihilfeeinrichtungen, Träger der Sozialhilfe) einzureichen. Werden diese Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, sind die Originalrechnungen oder beglaubigten Kopien dieser Rechnungen – mit einem Bearbeitungs-/Erstattungsvermerk versehen – dem Versicherungsbüro zur Prüfung vorzulegen. Eine Erstattung erfolgt im Rahmen der mit dem LSB vereinbarten Leistungen. Eigenanteile oder sonstige Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung nicht erstattungsfähig.
2. Bescheinigungen über Krankenhausaufenthalte sind bitte mit Diagnose einzureichen.
3. Heilbehandlungskosten im Rahmen der Krankenversicherung werden für die Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls oder der Erkrankung – erstattet. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bei unfallbedingtem Verlust von Zähnen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.
4. Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, spätestens vor Ablauf von weiteren 3 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und
 - spätestens innerhalb von weiteren 15 Monaten (insgesamt somit spätestens 30 Monate nach Eintritt des Unfalls) von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.
 - Bei Kindern und Jugendlichen (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) wird die Frist zur Geltendmachung eines Invaliditätsanspruchs bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, höchstens jedoch auf 60 Monate nach dem Unfall verlängert.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

5. Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
 - nach Ablauf von 6 Monaten (1. Übergangsleistung) bzw. von 9 Monaten (2. Übergangsleistung) vom Unfalltag an gerechnet
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - noch um mehr als 50 Prozent beeinträchtigt ist und
 - die Beeinträchtigung innerhalb von 6 Monaten (1. Übergangsleistung) bzw. von 9 Monaten (2. Übergangsleistung) ununterbrochen bestanden hat.
 - Die Übergangsleistung muss spätestens 7 Monate (1. Übergangsleistung) bzw. 10 Monate (2. Übergangsleistung) nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Übergangsleistung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

6. Das versicherte Vereinsmitglied darf nicht darauf vertrauen, dass an seiner Stelle der Schadensachbearbeiter des Vereins für eine Wahrnehmung der vertraglichen Rechte Sorge trägt.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe!

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Der Versicherer kann von versicherten Personen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass sie wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist und die die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als sie alles zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen.

Soweit den versicherten Personen dies zumutbar ist, haben diese auf Verlangen fristgerecht geeignete Belege vorzulegen.

Leistungsfreiheit

Vorsätzliche Verstöße gegen Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten führen zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer solchen Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – zu kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn nachgewiesen wird, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

Hinweis zu 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 bedingte gesundheitliche 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 (zum Beispiel Achillessehnenruptur bei erheblichem Sehnenverschleiß oder Oberschenkelfraktur bei bestehendem Knochentumor usw.), sondern auch möglicherweise mittelbar im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehende Beeinträchtigungen (zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma usw.).

Unter Krankheiten versteht die Rechtsprechung üblicherweise einen regelwidrigen, objektiv vorhandenen, das heißt 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 zum Beispiel 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.

Vertragsgesellschaften des Landessportbundes Hessen e. V.:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf

EUROPA Versicherung AG
Piusstraße 137 · 50931 Köln

ARAG SE
ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf