

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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Isb 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 selbstständigen 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: _____
Anschritt: 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: _____
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 _____
- ja, beim Mannschaften-/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 * _____

- 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: _____ ^{µmol}

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) _____

– Informationen über Fristen und Anspruchsvoraussetzungen –
Bitte diese Seite unbedingt dem Verletzten aushändigen!

Isb h-Vereinsnummer: 11 /

Unfalltag: _____ Meldetag: _____

Name und Anschrift des/der 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. 0 69 / 67 89 - 2 52

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 Isb h-Vereinsnummer an.

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins

Wichtige Hinweise zum Kranken- und Unfallversicherungsschutz

1. Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (im Ausland), Transportkosten und Bergungskosten, Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden, Hilfsmitteln, Rückbeförderung/Überführung und Erstbeförderung sind **vorab** anderen Kostenträgern (z.B. 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. Die gesetzliche Praxisgebühr oder sonstige Eigenanteile oder Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung **nicht** erstattungsfähig.

Bescheinigungen über Krankenhausaufenthalte sind bitte mit Diagnose einzureichen.

2. Die Versicherungsleistungen im Rahmen der Krankenversicherung werden für die Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls oder der Erkrankung – erbracht. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bei unfallbedingtem Verlust von Zähnen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.
3. 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.

4. Ein Anspruch auf **Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
 - nach Ablauf von sechs Monaten (erste Übergangsleistung) bzw. neun Monaten (zweite Übergangsleistung) vom Unfalltag an gerechnet
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - noch um mehr als 50% beeinträchtigt ist und
 - die Beeinträchtigung innerhalb der sechs bzw. neun Monate ununterbrochen bestanden hat.
 - Die Übergangsleistung muss (bei der ersten Übergangsleistung) spätestens sieben Monate, (bei der zweiten Übergangsleistung) spätestens zehn Monate 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.

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

Vertragsgesellschaften des Landessportverband 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