

Sport-Schadenmeldung

für
Unfallschäden und Krankheitsfälle
(auch Zahn- und Brillenschäden)

Versicherungsbüro beim
Württembergischen Landessportbund e.V.
Fritz-Walter-Weg 19
70372 Stuttgart

1. Ist der Verein Mitglied im WLSB? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Mitgliedsnr. des WLSB: 17 /
(bitte freilassen)
3. Name und Anschrift des Vereins/Verbandes: _____ _____
4. Name und Anschrift des Sachbearbeiters im Verein/Verband: _____ _____
5. Funktion im Verein/Verband: _____ Tagsüber zu erreichen unter Tel.: _____ / _____ Fax: _____ e-mail: _____

Bitte senden Sie Unfall-Schadenmeldung und Schweigepflichtentbindungserklärung vollständig ausgefüllt mit 2 Unterschriften der verletzten Person sowie Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbandes an die o.g. Adresse!

I. Personalien des verletzten 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. Bankverbindung: Konto-Nr. _____ BLZ: _____
Kreditinstitut _____
Kontoinhaber _____
7. Mitgliedschaft im Verein/Verband: seit: _____ Zeitmitglied von _____ bis _____ Nichtmitglied
Mitglied in einem anderen Verein des LSB/LSV? nein ja bei: _____
Ist für die Nichtmitglieder Versicherungsschutz bei unserer Gesellschaft beantragt worden? nein ja

II. Unfallhergang:

8. Wann hat sich der Unfall ereignet?
Bei welcher Sportart? Uhrzeit: _____ Datum: ____ . ____ . 20 ____
Sportart: _____
9. Wo hat sich der Unfall zugetragen? PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____
Sportstätte: _____
10. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen) _____

TSP 17300 (3 - 1.08)

– Informationen über Fristen und Anspruchsvoraussetzungen –
Bitte diesen Abschnitt abtrennen und unbedingt dem Verletzten aushändigen!

Mitgliedsnr des WLSB: 17 /

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.



**Versicherungsbüro beim
Württembergischen Landessportbund e.V.
Fritz-Walter-Weg 19
70372 Stuttgart**

weiterleiten. Wenn Sie Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, können Sie sich auch direkt an das Versicherungsbüro wenden. **Geben Sie dabei bitte immer unsere nebenstehende Mitgliedsnummer des WLSB an.**

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins

TSP 17300 (3 - 1.08)

– Bitte beachten Sie die wichtigen Hinweise auf der Rückseite –

11. Unfallzeugen
(Bitte Namen und Anschrift angeben)
1. _____
2. _____
3. _____
12. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?
Durch welche Dienststelle?
Aktenzeichen: _____
Sachbearbeiter/Telefonnummer: _____
13. 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 _____
14. Wurde eine Blutprobe entnommen?
 nein ja, Ergebnis: _____ ‰

III. Anlass des Unfalls:

15. 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 * _____
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 * _____
16. 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

 nein ja, der _____
- b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?
17. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?
 nein ja Aushang Veranstaltungskalender
 schriftliche Einladung
 Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan **
 durch
- * Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!
** Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.

IV. Unfallfolgen:

18. Welche Verletzungen sind eingetreten? Wo? links rechts
Zahnschäden? Brillenschäden? _____
19. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt?
(Bitte Namen und Anschrift angeben) _____
20. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt? _____
21. 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
22. Ist vollständige Heilung zu erwarten?
 wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar
 nein, da _____

V. Vorschäden:

23. Hatte der/die Verletzte schon vor dem Unfall Gesundheitsbeeinträchtigungen?
Verletzungen keine ja, und zwar _____
Vorerkrankungen keine ja, und zwar _____
Gebrechen/chronische Leiden keine ja, und zwar _____
24. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung?
Name/Anschrift _____
 nein ja, bei wem _____
25. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden?
 nein ja
damaliges Unfalldatum? _____

Bitte diesen Abschnitt abtrennen und unbedingt dem Verletzten aushändigen!

Wichtige Hinweise zum Kranken- und Unfallversicherungsschutz

- Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (im Ausland), Transport- und Bergungskosten, Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden, Hilfsmitteln, Rückbeförderung/Überführung sowie 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 WLSB 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.
- Behandlungskosten 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.
- 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 **12 Monaten** nach dem Eintritt des Unfalls) von einem Arzt schriftlich festgestellt und
 - spätestens innerhalb von weiteren **6 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 über die 30 Monate hinaus 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.

26. Hat der/die Verletzte infolge des früheren Unfalls eine Invaliditätsentschädigung (Rente oder Kapitalzahlung) oder eine Verletzten- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten? nein ja _____
 von: _____
 Leistungszeitraum: _____
27. Sind damals Leistungen aus dem Sportversicherungsvertrag in Anspruch genommen worden? nein ja, Schaden-Nr.: _____

VI. Weitere Versicherungen:

28. Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert privat krankenversichert
 nicht krankenversichert beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger
29. Bei welcher **Krankenkasse**/privaten **Krankenversicherung** _____
30. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-**Unfallversicherung** (z.B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?
 Name: _____ Anschrift: _____
 Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____
 Name: _____ Anschrift: _____
 Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____
 Name: _____ Anschrift: _____
 Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____
- Ist der Unfall dort gemeldet worden? nein ja
31. Für das verletzte Mitglied besteht keine weitere Unfallversicherung

VII. Hinweise und Unterschriften

Ich habe die Schadenanzeige nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt. Mir ist bekannt, dass eine vorsätzliche Verletzung einer Auskunfts- 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 grobfahrlässig 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 zugängliche Merkblatt zum Umfang des Versicherungsschutzes eingesehen.

Gleichzeitig bestätige ich, dass mir der Informations-Anhang zur Schadenanzeige ausgehändigt worden ist.

_____, den _____ Der Informations-Anhang zur Schadenanzeige wurde dem Verletzten bzw. gesetzlichen Vertreter ausgehändigt

 Unterschrift des Verletzten oder gesetzlichen Vertreters

 Stempel + Unterschrift des Vereins

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 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.

_____, den _____
 Unterschrift der verletzten Person, ihres gesetzlichen Vertreters oder im Todesfall ihrer Erben

Diese Erklärung muss gesondert unterschrieben werden, da sonst eine weitere Bearbeitung nicht möglich ist.

4. Ein Anspruch auf **Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
- nach Ablauf von neun Monaten vom Unfalltag an gerechnet
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - noch um mehr als 50% beeinträchtigt ist und
 - die Beeinträchtigung innerhalb der neun Monate ununterbrochen bestanden hat.
 - Die Übergangsleistung muss 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 Württembergischen Landessportverbandes 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