

Sport-Schadenmeldung

für

Unfallschäden und Krankheitsfälle

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

**Versicherungsbüro beim
Bayerischer Landes-Sportverband e.V.**
Georg-Brauchle-Ring 93
80992 München

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

I. Personalien des verletzten Mitgliedes:

- Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
- Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
- Ausgeübter Beruf: _____
 selbständig angestellt beamtet _____
- Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden
- Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: _____
- Bankverbindung: Konto-Nr. _____ BLZ: _____
Kreditinstitut _____
Kontoinhaber _____
- Mitgliedschaft im Verein/Verband: seit _____ förd. Mitglied Mitglied Zeitmitglied Nichtmitglied
Mitglied in einem anderen Verein des BLSV? nein ja bei: _____
Ist für die Nichtmitglieder Versicherungsschutz bei unserer Gesellschaft beantragt worden? nein ja
- Das verletzte Mitglied bzw. dessen Versorger ist pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert
 privat krankenversichert nicht krankenversichert
 beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger
- Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung? _____
- Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-Unfallversicherung (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)? Ist der Unfall gemeldet worden? ja nein
Name: _____ Anschrift: _____
Versicherungsscheinnummer: _____ 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. _____
- 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:

- Ist die Verletzung/Erkrankung eingetreten nein ja, beim Wettkampf zwischen _____
a) beim Vereinssport? _____ 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 Bayerischer Landes-Sportverband e.V., erfolgt nicht mehr.

- b) beim Freizeit- und Breitensport für Mitglieder und Nichtmitglieder? nein ja, bei einem Volkswettbewerb * _____
 ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
 ja, bei einem Sportkurs * _____
 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 * _____
19. 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 _____
20. 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 ggfls. nachfordern können.

IV. Unfallfolgen, Vorschäden

21. Welche Verletzungen sind eingetreten? An welcher Krankheit leidet das Mitglied? 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)
Voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung: _____ Tage im Krankenhaus
Voraussichtliche Dauer der ambulanten Behandlung: _____ Tage arbeitsunfähig krank
25. Ist vollständige Heilung zu erwarten?
 wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar
 nein, da _____
26. Litt der/die Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen?
 nein ja, an _____
27. Hatten diese Krankheiten bzw. Gebrechen eine dauerhafte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zur Folge?
 nein ja, und zwar eine MdE von _____ %
28. Sind diese Krankheiten bzw. Gebrechen durch einen Unfall hervorgerufen worden?
 nein ja
29. Wann hatte sich dieser Unfall ereignet?
_____ 20 _____
30. Ist anlässlich dieses Unfalls eine Entschädigung/Rente gezahlt worden?
 nein ja, seitens _____
Az.: _____
31. 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.“

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 24 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und spätestens binnen weiterer 6 Monate geltend gemacht sein muss.

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

_____, den _____
Der Anhang zur Schadenanzeige wurde mir ausgehändigt

Der Anhang zur Schadenanzeige wurde dem Mitglied bzw. gesetzl. Vertreter ausgehändigt

(Unterschrift des Mitgliedes bzw. gesetzl. Vertreters)

(Stempel und Unterschrift des Vereins)

Vertragsgesellschaften des Bayerischer Landes-Sportverband e.V. :

ARAG

Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

EUROPA

Krankenversicherung AG
Piusstraße 137, 50931 Köln

ARAG

Allg. Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

Vereinsnummer:	
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
Bayerischer Landes-Sportverband e.V.
Georg-Brauchle-Ring 93
80992 München**

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

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins

(Bitte Rückseite beachten)

TSP 25300 (50 - 10.01)

Wichtige Hinweise

1. Alle Rechnungen zu Heilbehandlungs- und Bergungsmaßnahmen sind vorab der Privat- oder Sozialversicherung, der Unfallversicherung, der Beihilfe- oder Versorgungseinrichtung, einzureichen. Werden die Heilbehandlungs- und Bergungskosten nicht oder nur teilweise erstattet, sind die Original-Rechnungen – 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 eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 12 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und binnen weiterer 6 Monate (insgesamt somit 30 Monate nach Eintritt des Unfalles) geltend gemacht sein.
3. Das versicherte Vereinsmitglied darf nicht darauf vertrauen, dass an seiner Stelle der Schadensachbearbeiter des Vereins für eine Wahrnehmung der vertraglichen Rechte Sorge trägt.
4. Der Versicherte ist verpflichtet, sich, sofern dies sein Zustand erlaubt, den von dem Versicherer bezeichneten Ärzten zur Untersuchung zu stellen.