

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: 10149

(bitte freilassen)

2. Name und Anschrift des Vereins/Verbandes: TSV Bergkirchen, Römerstr. 26, 85232 Bergkirchen

3. Name und Anschrift des Unfallsachbearbeiters:

Tagsüber zu erreichen unter Tel.: /

TSP 25300 (50 - 10.01)

I. Personalien des verletzten Mitgliedes:

1. Vor- und Zuname:

Geb.-Datum:

2. Anschrift: Straße:

PLZ:

Ort:

3. Ausgeübter Beruf:

4. Familienstand: selbständig angestellt beamtet
 ledig verheiratet verwitwet geschieden

5. Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder:

6. Bankverbindung: Konto-Nr. BLZ:

Kreditinstitut

Kontoinhaber

7. 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

8. Das verletzte Mitglied pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert

bzw. dessen Versorger ist privat krankenversichert nicht krankenversichert

beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger

9. Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung?

10. 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:

Schadenummer:

II. Unfallhergang / Verlauf der Erkrankung:

11. Wann hat sich der Unfall ereignet?

Datum: . . 20

Uhrzeit:

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

Sportart:

Bei welcher Sportart?

12. Wo hat sich der Unfall zugetragen?

PLZ:

Ort:

Wo ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

Straße:

Sportstätte:

13. Schildern Sie bitte den Unfallhergang bzw. den Verlauf der Erkrankung (Ursachen, Verlauf, Folgen)

14. Unfallzeugen

(Bitte Namen und Anschrift angeben)

1.

2.

15. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? nein ja, durch
Az.:
16. Hatte der Verletzte vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Was und wieviel? Wann? nein ja, Glas gegen Uhr
17. Wurde eine Blutprobe entnommen? Mit welchem Ergebnis? nein ja, ‰

III. Anlass des Unfalls:

18. Ist die Verletzung/Erkrankung eingetreten nein ja, beim Wettkampf zwischen und
- a) beim Vereinssport? 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
- b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?
 nein ja, der Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer
 hauptamtlicher Mitarbeiter
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 nein ja, und zwar eine MdE von %

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zur Folge?

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)

Vertragsgesellschaften des Bayerischer Landes-Sportverband e.V. :

(Stempel und Unterschrift des Vereins)

ARAG ARAG

Allgemeine Versicherungs-AG Krankenversicherung AG Allg. Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf Piusstraße 137, 50931 Köln ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

Vereinsnummer: 10149

Unfalltag: Meldetag:

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**

Name und Anschrift des Verletzten:

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.