

Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden (auch Zahn- und Brillenschäden)



Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim
Sportbund Rheinland e. V.
40464 Düsseldorf

1. Vereins-Kennziffer: 24 /
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)

Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.

Unterschrift des Vereins/Verbands

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 4 sowie auf der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung anschließend an das Versicherungsbüro zu senden.

1. Angaben des Vereins/Verbands zum Verletzten

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Mitgliedschaft im Verein/Verband:

ja seit Zeitmitglied seit bis 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?

Vereins-Kennziffer: 24 /

Name, Vorname des Verletzten

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

Vereins-Kennziffer: 24 /

Name, Vorname des Verletzten

Datenschutz:

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

5. Personalien der verletzten Person:

Name, Vorname | Geburtsdatum

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

Vereins-Kennziffer: 24 /

Name, Vorname des Verletzten

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

- 7.1 Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.
- 7.2 Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) 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 zugängliche Merkblatt zum Versicherungsschutz eingesehen.
- 7.4 „Wichtige Hinweise zum Sport-Unfallversicherungsschutz“ habe ich erhalten.
- 7.5 Dieser Unfallanzeige fügen wir in der Anlage auch eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Unfallversicherung bei. Senden Sie diese bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben wieder an uns zurück, sonst ist eine Bearbeitung nicht möglich. Entscheiden Sie sich für eine generelle Schweigepflichtentbindung, werden wir die von Ihnen unter Punkt 6.2. in dieser Unfallanzeige angegebenen Ärzte – falls zur Leistungsprüfung notwendig – nach Rücksendung dieser Unfallanzeige um Auskunft bitten. Teilen Sie uns daher bei Rücksendung dieser Unfallanzeige bitte mit, falls Sie hiermit nicht einverstanden sind.

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!

Vereins-Kennziffer: 24 /	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
Sportbund Rheinland e. V.
40464 Düsseldorf
Telefon 02 61 / 13 52 55
E-Mail vsbkoblenz@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
- Übergangsleistungen
- Todesfalleistung
- Serviceleistungen
- Reha-Management
- Unfall-Zusatzleistungen
- Krankenhaus-Tagegeld

Wichtige Hinweise zum 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 SBR vereinbarten Leistungen. Eigenanteile oder sonstige Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung nicht erstattungsfähig.
2. Bescheinigungen über Krankenhausaufenthalte sind bitte mit Diagnose einzureichen.
3. Behandlungskosten im Rahmen der Unfall-Zusatzleistungen werden für die Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls oder der Erkrankung – gezahlt.
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 12 Monaten 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 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.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Vereins-Kennziffer: 24 /

Unfalltag

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung und an andere Stellen

Verletzten Person

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir, die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen (z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs) ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG an die vorgenannten Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

oder

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Sofern Sie sich für die Möglichkeit II entscheiden, werden wir Ihnen vorab jeweils eine vorbereitete Einwilligungserklärung zusenden.

2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckent-sprechend verwendet und die Ergebnisse an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.arag.de/datenschutz eingesehen oder unter Telefon 0211 98 700 700, angefordert werden.

Vereins-Kennziffer: 24 /

Name, Vorname des Verletzten

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden.

Ort/Datum	Unterschrift der verletzten Person
Ort/Datum	Unterschrift der gesetzlich vertretenden Person*
Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

* bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Vereins-Kennziffer: 24 /

Name, Vorname des Verletzten

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden.

Ort/Datum	Unterschrift der verletzten Person
Ort/Datum	Unterschrift der gesetzlich vertretenden Person*
Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

* bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres