



Schadenmeldung

für Unfallschäden

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Betriebssport-Partner

Habighorster Weg 12

29348 Eschede

1. Vers.-Schein-Nr.:

(bitte freilassen)

2. Name und Anschrift des Vereins/Verbandes:

3. Name und Anschrift des Sachbearbeiters im Verein/Verband:

4. Funktion im Verein/Verband:

Tagsüber zu erreichen unter Tel.: _____ / _____

Fax: _____ e-mail: _____

Den **Sachbearbeiter im Verein/Verband** bitten wir, diese Seite der Schadenmeldung auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbands-Stempel und Unterschrift zu bestätigen.

Um den Datenschutz zu gewährleisten, ist danach der/dem **Verletzten** die Möglichkeit zum selbständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten der Schadenmeldung 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/Verbands:

1. Vor- und Zuname des verletzten Mitgliedes: _____
2. Mitgliedschaft im Verein/Verband: _____
 ja, seit: _____ nein

II. Anlass des Unfalls vom _____, Uhrzeit: _____

3. Wo hat sich der Unfall ereignet? _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Straße: _____
 Veranstaltungsstätte: _____

4. Bei welcher Gelegenheit ist der Unfall eingetreten?
Vereinsveranstaltung
 Motto: _____
 Aktivität: _____
 (Training / Auftritt)
 Festzug anlässlich: _____

Sonstige Veranstaltung

- geselliges Zusammensein
 vereinsintern öffentlich
 Anlass/Motto _____

 auswärtige Vereinsfreizeit
 Festzug anlässlich _____

Ehrenamtliche Betätigung für den Verein/Verband

welche Veranstaltung?: _____

auf dem **Wege** zu bzw. von einer Veranstaltung

- Hinweg Rückweg

Sonstiger Anlass

- _____
 als aktiver Teilnehmer
 Trainer, Leiter mit ohne Lizenz
 Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer
 hauptamtlicher Mitarbeiter

 nein ja, der _____
 nein ja Aushang * Veranstaltungskalender *
 schriftliche Einladung *
 durch

5. a) In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?

b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?

6. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?

* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!

III. Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbandes:

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Vereins

IV. Angaben des verletzten Mitglieds:

7. Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
8. Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
9. Ausgeübter Beruf (*): _____ selbständig angestellt beamtet _____
10. Kontakt (*): Tel. priv.: _____ dienstl.: _____ e-mail: _____
11. Familienstand (*): ledig/geschieden/verwitwet verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
12. Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: _____
13. Bankverbindung: Konto-Nr. _____ BLZ: _____
Kreditinstitut _____
Kontoinhaber _____
(*) freiwillige Angabe

V. Unfallhergang:

14. Wann hat sich der Unfall ereignet?
Bei welcher Veranstaltung? Uhrzeit: _____ Datum: _____ . 20 ____
Sportart: _____
15. Wo hat sich der Unfall zugetragen? PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____
Veranstaltungsstätte: _____
16. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen) _____

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: _____ ‰

VI. 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) _____
- Voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung: _____ Tage im Krankenhaus
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: _____ Tage arbeitsunfähig krank
25. Ist vollständige Heilung zu erwarten? wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar
 nein, da _____

VII. Vorschäden (Bitte beachten Sie die Hinweise auf S. 4 der Schadenmeldung):

26. Hatte der/die Verletzte in den letzten 10 Jahren vor dem Unfall Gesundheitsbeeinträchtigungen, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem hier gemeldeten Unfall stehen/stehen können?

Verletzungen keine ja, und zwar _____
Vorerkrankungen keine ja, und zwar _____
Gebrechen/chronische Leiden keine ja, und zwar _____

27. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei wem _____
Name/Anschrift _____

28. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden? nein ja
damaliges Unfalldatum? _____

29. Hat der/die Verletzte infolge des früheren Unfalls eine Invaliditätsleistung (Rente oder Kapitalzahlung) oder eine Verletzten- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten? nein ja _____
von: _____
Leistungszeitraum: _____

30. Sind damals Leistungen aus einem anderen Versicherungsvertrag in Anspruch genommen worden? nein ja, Versicherer: _____
Schaden-Nr.: _____

VIII. Weitere Versicherungen:

31. Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert privat krankenversichert
 nicht krankenversichert beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger

32. Bei welcher **Krankenkasse/privaten Krankenversicherung**? _____

33. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-**Unfallversicherung** (z.B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?

a) Name der Versicherung: _____ Anschrift: _____
Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____

b) Name der Versicherung: _____ Anschrift: _____
Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____
Ist der Unfall dort gemeldet worden? a) nein ja b) nein ja

34. Für das verletzte Mitglied besteht keine weitere Unfallversicherung

IX. Hinweise und Unterschriften

Ich habe die Schadenanzeige nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt. Mir ist bekannt, dass eine vorsätzliche Verletzung einer Auskunft- 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 grob fahrlässig 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.

_____, den _____

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

Achtung! Unbedingt auch auf Seite 4 die Schweigepflichtsentbindung ausfüllen und unterschreiben!

X. 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 in der Folge 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.

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

_____, den _____

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

Hinweis zu VII. Vorschäden

1. Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Versicherungsschutz wird in der Regel für Unfälle und deren Folgen gewährt, nicht jedoch für unfallfremde Ursachen von Gesundheitsschädigungen wie Krankheiten oder konstitutionell oder schicksalhaft bedingten gesundheitlichen Unregelmäßigkeiten. Unfallfremde Ursachen müssen deshalb vom Versicherungsschutz deutlich abgegrenzt werden.

Zu nennen sind hier nicht nur unmittelbar an dem vom Unfall betroffenen Körperteil bestehende Vorschädigungen (z.B. Achillessehnenruptur bei erheblichem Sehnenverschleiß oder Oberschenkelfraktur bei bestehendem Knochentumor usw.), sondern auch möglicherweise mittelbar im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehende Beeinträchtigungen (z.B. Diabetes mellitus, Asthma usw.).

Unter *Krankheiten* versteht die Rechtsprechung üblicherweise einen regelwidrigen, objektiv vorhandenen, d.h. vom Arzt feststellbaren Körperzustand.

Gebrechen sind dauernde abnorme Gesundheitszustände, die eine einwandfreie Ausübung der normalen Körperfunktionen nicht mehr zulassen.

2. Vorinvalidität

Eine eventuell bestehende Vorinvalidität ist nur dann zu berücksichtigen, wenn der neue Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, deren Funktionen schon zuvor dauernd beeinträchtigt waren. So spielen z.B. die Folgen einer früheren Unterarmfraktur nur im Falle einer erneuten Verletzung des selben Armes eine Rolle. Sie kann jedoch in der Regel außer Acht gelassen werden, wenn der neue Unfall andere Körperteile oder Sinnesorgane betrifft.