

Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

**Versicherungsbüro beim
Landessportbund Sachsen e.V.**
Goyastraße 2d
04105 Leipzig

1. Vereinsnr. des LSB S:	26397
(bitte freilassen)	
2. Name und Anschrift des Vereins: _____ _____	
Ist der Verein Mitglied im LSB S <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
3. Name und Anschrift des Unfallsachbearbeiters: _____	
Tagsüber zu erreichen unter Tel.: _____ / _____	

I. Personalien des verletzten Mitgliedes:

1. Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
2. Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
3. Ausgeübter Beruf: _____ Tagsüber zu erreichen unter Tel.: _____ / _____
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: _____ Zeitmitglied von _____ bis _____ Nichtmitglied
8. Das verletzte Mitglied bzw. dessen Versorger ist pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert
 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)? ja nein
Name: _____ Anschrift: _____
Versicherungsscheinnummer: _____
Ist der Unfall dort gemeldet worden? nein ja Schadennummer: _____

II. Unfallhergang:

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

14. **Unfallzeugen**
(Bitte Namen und Anschrift angeben) 1. _____
2. _____
3. _____
15. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? nein ja, durch _____
Az.: _____
16. Hatte der/die 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, _____ %

Bitte unteren Abschnitt ausfüllen und dem verletzten Mitglied aushändigen. Eine zusätzliche Bestätigung der Unfallmeldung an den Verein durch das Versicherungsbüro beim Landessportbund Sachsen e.V. erfolgt nicht mehr.

III. Anlass des Unfalls:

18. Ist die Verletzung eingetreten
- a) beim Vereinssport?
(bei Spielgemeinschaften unbedingt Stammverein angeben)
- b) beim Freizeit- und Breitensport für Mitglieder und Nichtmitglieder?
- c) bei einer anderweitigen Vereinsveranstaltung?
- d) auf dem Wege zu bzw. von einer Veranstaltung?
- e) beim Einzeltraining?
- f) bei einer sonstigen vereinsbezogenen Tätigkeit?
19. a) In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?
- b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?
- nein ja, der
20. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?
- * Bitte die genaue Bezeichnung (Namen, Motto etc.) wiedergeben!
** Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.
- nein ja, beim Wettkampf zwischen und
- ja, beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining
- nein ja, bei einem Volkswettbewerb *
- ja, bei einer Trimmaktion *
- ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
- ja, bei * seit: /
- nein ja, bei *
- nein ja, auf dem Wege zu bzw. von *
- nein ja
- nein ja, beim *
- als** aktiver Sportler
- Trainer, Übungsleiter mit ohne Lizenz
- Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer
- hauptamtlicher Mitarbeiter
-
- nein ja Aushang Veranstaltungskalender
- schriftliche Einladung
- Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan **
- durch

IV. Unfallfolgen, Vorschäden

21. Welche **Verletzungen** sind eingetreten?
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:
Voraussichtliche Dauer der ambulanten Behandlung:
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. Ich bin ferner damit einverstanden, dass der Versicherer alle von ihm eingeholten Arztberichte und Gutachten einem kompetenten medizinischen Berater zur Prüfung vorlegt.“

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 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein muss.“

*(Der Wortlaut dieser Erklärung entspricht einer Weisung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen.)

....., den

Der Anhang zur Schadenanzeige wurde mir ausgehändigt

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

(Unterschrift des Verletzten bzw. gesetzl. Vertreters)

(Stempel und Unterschrift des Vereins)