

# Sport-Schadenmeldung

## für Unfallschäden

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Versicherungsbüro beim  
LSB Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Wittenburger Straße 116  
19059 Schwerin

1. Ist der Verein Mitglied im LSB M-V? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Vereins-Kennziffer : 21 /
(bitte freilassen)
3. Name und Anschrift des Vereins/Verbandes: _____ _____
4. Name und Anschrift des Sachbearbeiters im Verein/Verband: _____ _____ Tagsüber Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Den **Sachbearbeiter im Verein/Verband** bitten wir, die Abschnitte I. bis IV: sorgfältig auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbands-Stempel und Unterschrift zu bestätigen. Bitte ergänzen Sie auch Seite 1 des **Informationsanhangs**.

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 V. Abschnitt 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 zum Verletzten:

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_
2. Mitgliedschaft im Verein/Verband:  
 ja, seit: \_\_\_\_\_  Zeitmitglied von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Nichtmitglied
3. Ist für Nichtmitglieder bei unserer Gesellschaft Versicherungsschutz beantragt worden?  nein  ja Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_
4. Mitglied in einem anderen Verein des LSB/LSV?  nein  ja bei: \_\_\_\_\_

### II. Unfallhergang:

5. Wann hat sich der Unfall ereignet?  
Bei welcher Sportart? Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Sportart: \_\_\_\_\_
6. Wo hat sich der Unfall zugetragen? PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Sportstätte: \_\_\_\_\_
7. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. Anlass des Unfalls

8. Ist die Verletzung eingetreten  
a) beim Vereinssport?  nein  ja, beim Wettkampf zwischen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) beim Freizeit- und Breitensport für Mitglieder und Nichtmitglieder?  ja, beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining  
 nein  ja, bei einem Volkswettbewerb \* \_\_\_\_\_  
 ja, bei einer Trimmaktion \* \_\_\_\_\_  
 ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens  
 ja, bei \* \_\_\_\_\_

- 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
- g) bei einem Arbeitsunfall?  nein  ja
9. a) In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?
- als  aktiver Sportler  
 Trainer, Übungsleiter  
 Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer  
 hauptamtlicher Mitarbeiter  
 \_\_\_\_\_  
 nein  ja, der \_\_\_\_\_
- b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?  nein  ja
10. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?  nein  ja  Aushang  Veranstaltungskalender  
 schriftliche Einladung  
 Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan \*\*  
 durch
- \* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!  
 \*\* Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.

#### IV. Stempel und Unterschrift des Vereins:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Vereins

#### V. Personalien des verletzten Mitglieds:

11. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
12. Ausgeübter Beruf (\*): \_\_\_\_\_  selbständig  angestellt  beamtet  \_\_\_\_\_
13. Kontakt (\*): Tel. priv.: \_\_\_\_\_ dienstl.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_
14. Familienstand (\*):  ledig/geschieden/verwitwet  verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
15. Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: \_\_\_\_\_
16. Bankverbindung: Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
 Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
 (\*): freiwillige Angabe Kontoinhaber \_\_\_\_\_

#### VI. Unfallzeugen und Unfallaufnahme:

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: \_\_\_\_\_‰

#### VII. 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 \_\_\_\_\_

### VIII. 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 dem Sportversicherungsvertrag in Anspruch genommen worden?

nein  ja, Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

### IX. 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

### X. Hinweise und Unterschriften

Ich habe die Schadenanzeige nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt. Mir ist bekannt, dass eine vorsätzliche Verletzung einer Auskunfts- oder Aufklärungspflicht 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.

Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter [www.arag-sport.de](http://www.arag-sport.de) zugängliche Merkblatt zum Umfang des Versicherungsschutzes eingesehen.

**Gleichzeitig bestätige ich, dass mir der Informations-Anhang zur Schadenanzeige ausgehändigt worden ist.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

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

**Achtung! Unbedingt auf Seite 4 die Schweigepflichtentbindungserklärung ausfüllen und unterschreiben! →**

---

## XI. 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 VIII. 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.



– Informationen über Fristen und Anspruchsvoraussetzungen –  
**Bitte diese Seite unbedingt dem Verletzten aushändigen!**

**Vereins-Kennziffer: 21 /**

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Meldetag: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des/der 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  
LSB Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Wittenburger Str. 116 · 19059 Schwerin**

**Tel. 03 85/7 6176-13 + 15 · Fax 03 85/7 6176-16**  
weiterleiten. Wenn Sie Rückfragen zu Ihrem Sportunfall  
haben, können Sie sich auch direkt an das Versicherungs-  
büro wenden. **Geben Sie dabei bitte immer unsere  
nebenstehende Vereins-Kennziffer an.**

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Vereins

### **Wichtige Hinweise zum Unfallversicherungsschutz**

1. Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (auf Reisen), Transport- und Bergungskosten sowie Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden sind **vorab** anderen Kostenträgern (z.B. 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 LSB vereinbarten Leistungen. Die gesetzliche Praxisgebühr oder sonstige Eigenanteile oder Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung **nicht** erstattungsfähig.
2. Zahnbehandlungs- und -ersatzkosten werden für die Dauer bis zu 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, erstattet. Bei Kindern und Jugendlichen wird diese Frist bis zum 18. Lebensjahr verlängert.
3. 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 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.**

4. Das versicherte Vereinsmitglied darf nicht darauf vertrauen, dass an seiner Stelle der Schadensachbearbeiter des Vereins für eine Wahrnehmung der vertraglichen Rechte Sorge trägt.

Vertragsgesellschaften des LSB Mecklenburg-Vorpommern:

**ARAG**

Allgemeine Versicherungs-AG  
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

**ARAG**

Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG  
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf