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:** _____
(bitte freilassen)

2. Name und Anschrift des Vereins/Verbandes: _____

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: _____
   ☐ selbständig ☐ angestellt ☐ beamtet ☐ _____
4. Familienstand: ☐ 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 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.)? Ist der Unfall gemeldet worden? ☐ ja ☐ nein
    Name: _____ Anschrift: _____
    Versicherungsscheinnummer: _____ Schadennummer: _____

II. Unfallhergang / Verlauf der Erkrankung:

11. Wann hat sich der Unfall ereignet?
    Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?
    Bei welcher Sportart?
    Datum: ____ . ____ . 20 ____ Uhrzeit: _____ Sportart: _____
12. Wo hat sich der Unfall zugetragen?
    Wo ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?
    PLZ: _____ Ort: _____
    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 _____
    a) beim Vereinssport? _____ und _____
    ☐ 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.

TSP 25300 (50 - 10.01)

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
☐ Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer
☐ hauptamtlicher Mitarbeiter
☐ _____

b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? ☐ nein ☐ ja, der _____

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 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.

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)

_____
(Stempel und Unterschrift des Vereins)

Vertragsgesellschaften des Bayerischer Landes-Sportverband e.V. :

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

EUROPA
Krankenversicherung AG
Piusstraße 137, **50931 Köln**

ARAG
Allg. Rechtsschutz-Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, **40472 Düsseldorf**

Vereinsnummer:	
Unfalltag: _____ Meldetag: _____	

Name und Anschrift des 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
Bayerischer Landes-Sportverband e.V.
Georg-Brauchle-Ring 93
80992 München

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.