

# Sport-Schadenmeldung

## für Unfallschäden und Krankheitsfälle (auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

**Versicherungsbüro beim  
Landessportverband  
Schleswig-Holstein e.V.**  
Winterbeker Weg 49  
24114 Kiel

1. Mitgliedsnr. des LSV: 14 /

(bitte freilassen)

2. Name und Anschrift des Vereins: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist der Verein Mitglied im LSV  nein  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: \_\_\_\_\_  
 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 LSB?  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:

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 der verletzten oder erkrankten Person aushändigen. Eine zusätzliche Bestätigung des Eingangs der Unfallmeldung durch das Versicherungsbüro erfolgt nicht.**

### III. Anlass des Unfalls:

18. Ist die Verletzung eingetreten

a) beim Vereinssport?

nein  ja, beim Wettkampf zwischen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_

ja, beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining

b) beim Freizeit- und Breitensport für Mitglieder und Nichtmitglieder?

nein  ja, bei einem Volkswettbewerb \*

ja, bei einer Trimmaktion \*

ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens

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 Ankündigung, Einladung usw. beifügen!

\*\* Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.

### IV. Unfallfolgen:

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:

\_\_\_\_\_ Tage im Krankenhaus

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

\_\_\_\_\_ Tage arbeitsunfähig krank

25. Ist vollständige Heilung zu erwarten?

wahrscheinlich ja  derzeit nicht vorhersehbar

nein, da \_\_\_\_\_

### V. Vorschäden:

26. Litt der/die Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen?

nein  ja, an \_\_\_\_\_

27. Hatten diese Krankheiten bzw. Gebrechen eine dauerhafte Schädigung oder 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?

nein  ja, seitens \_\_\_\_\_

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 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 der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.)

### Der Anhang zur Schadenanzeige wurde mir ausgehändigt.

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

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