

Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim
Sportbund Rheinland e.V.
Rheinau 11
56075 Koblenz

1. Vereinsnummer: 24 /

(bitte freilassen)

2. Name und Anschrift des Vereins:

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: _____ Tel. p: _____ d: _____
 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 SBR? 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 dem verletzten Mitglied aushändigen. Eine zusätzliche Bestätigung der Unfallmeldung an den Verein durch das Versicherungsbüro beim Sportbund Rheinland e.V. erfolgt nicht mehr.

III. Anlass des Unfalls:

18. Ist die Verletzung eingetreten
- a) beim Vereinssport? nein ja, beim Wettkampf zwischen _____ und _____
 - ja, beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining
 - ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
 - b) bei einer anderweitigen Vereinsveranstaltung? nein ja, bei *
 - c) auf dem Wege zu bzw. von einer Veranstaltung? nein ja, auf dem Wege zu bzw. von *
 - d) beim Einzeltraining? nein ja
 - e) 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. 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 30 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ärztlich festgestellt und 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

(Unterschrift des Verletzten bzw. gesetzl. Vertreters)

(Stempel und Unterschrift des Vereins)