



## Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden (auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim  
Landessportbund Sachsen e. V.  
40464 Düsseldorf

|   |
|---|
| 1. Vereins-Kennziffer: 26 /                                       |
| 2. Name und Anschrift des Vereins/Verbands                        |
| 3. Name/Telefon (tagsüber) des Ansprechpartners im Verein/Verband |
| 4. Funktion im Verein/Verband                                     |
| 5. Schadennummer (falls vorhanden)                                |

Den Ansprechpartner im Verein/Verband bitten wir, die Abschnitte 1. bis 4. sorgfältig auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbandsstempel und Unterschrift zu bestätigen. Bitte ergänzen Sie auch die erste Seite des Informationsanhangs zur Schadenmeldung.

Um den Datenschutz zu gewährleisten, geben Sie danach der/dem Verletzten bitte die Möglichkeit zum selbstständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten ab dem 5. Abschnitt.

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung muss – in der Regel durch die verletzte Person – anschließend an das Versicherungsbüro geschickt werden. Bitte achten Sie darauf, dass die Unterschriften auf den Seiten 2 und 5 und auf der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht fehlen.

Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.

Unterschrift des Ansprechpartners im Verein/Verband

### 1. Angaben des Vereins/Verbands zum Verletzten

|                                   |      |                                       |   |
|-----------------------------------|------|---------------------------------------|---|
| Name, Vorname                     |      | Geburtsdatum                          |   |
| Straße                            |      | PLZ                                   | Ort   |
| Mitgliedschaft im Verein/Verband: |      |                                       |   |
| <input type="checkbox"/> ja       | seit | <input type="checkbox"/> Zeitmitglied | seit bis <input type="checkbox"/> Nichtmitglied |

### 2. Unfallhergang

2.1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

|       |         |
|-------|---------|
| Datum | Uhrzeit |
|-------|---------|

2.2. Wo hat sich der Unfall ereignet?

|                      |     |     |
|----------------------|-----|-----|
| Name der Sportstätte |     |     |
| Straße               | PLZ | Ort |

2.3. Bei welcher Sportart?

|  |
|--|
|  |
|--|

Vereins-Kennziffer: 26 /

Name, Vorname des Verletzten

2.4. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen – evtl. gesondertes Blatt verwenden)

Empty text area for describing the accident.

3. Anlass des Unfalls:

3.1. Wie ist die Verletzung eingetreten?  beim Wettkampf zwischen

und

- beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining
- bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
- bei einer sonstigen Vereins-/Verbandsveranstaltung\*:

- auf dem Weg zu bzw. von einer Veranstaltung\*
- beim Einzeltraining\*

3.2. In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?

- als  aktiver Sportler
- Funktionär
  - Trainer, Übungsleiter, hauptamtlicher Mitarbeiter
  - Rehasport  Verordnung 56 lag vor (bitte beifügen)
  -

3.3. Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?  ja  nein

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft

3.4. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?

- ja  nein
- schriftliche Einladung
- Aushang
- Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan\*\*
- Veranstaltungskalender
- durch

\* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!

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

4. Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt. Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.

Datum

Ort

Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands

Vereins-Kennziffer: 26 /

Name, Vorname des Verletzten

### Datenschutz:

Ab hier sind die weiteren Daten und Erklärungen von der/dem Verletzten auszufüllen!

Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.

Unterschrift des Verletzten

### 5. Personalien der verletzten Person:

|  |   |                                     |                                  |
|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| Name, Vorname  |   | Geburtsdatum                        |                                  |
| Straße   |   | PLZ                                 | Ort                              |
| Ausgeübter Beruf*  | <input type="checkbox"/> selbstständig                                | <input type="checkbox"/> angestellt | <input type="checkbox"/> beamtet |
| Telefon privat*  | Telefon dienstlich*   | E-Mail*                             |                                  |
| Familienstand* <input type="checkbox"/> ledig/geschieden/verwitwet | <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft |                                     |                                  |
| Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder                   | Anzahl  | Alter                               |                                  |
| Bankverbindung   | Kontoinhaber  |                                     |                                  |
| IBAN   | BIC   |                                     |                                  |

\*freiwillige Angabe; diese Daten werden nur im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Leistungsfalls genutzt.

### 6. Informationen zum Unfallgeschehen

6.1. Wurde die Polizei hinzugezogen?  nein  ja

Name der Polizeidienststelle

|              |                              |     |
|--------------|------------------------------|-----|
| Straße       | PLZ                          | Ort |
| Aktenzeichen | Sachbearbeiter/Telefonnummer |     |

6.2. Unfallzeugen (bitte Namen, Anschrift angeben.)

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| Name, Vorname |     |     |
| Straße        | PLZ | Ort |
| Name, Vorname |     |     |
| Straße        | PLZ | Ort |

6.3. Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?

|   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |       |
| Art   | Menge |
| Zeitraum von  | bis   |

6.4. Wurde eine Blutprobe entnommen?  nein  ja

|               |
|---------------|
| Ergebnis in ‰ |
|---------------|

Vereins-Kennziffer: 26 /

Name, Vorname des Verletzten

## 7. Unfallfolgen

7.1. Welche Verletzungen sind eingetreten? Wo?  links  rechts  Zahnschäden  Brillenschäden

7.2. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

7.3. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

7.4. Welcher Arzt bzw. welches Krankenhaus wurde mit der Weiterbehandlung betraut? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

(Voraussichtliche) Dauer der stationären Behandlung:

Tage im Krankenhaus

(Voraussichtliche) Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Tage arbeitsunfähig krank

7.5. Ist eine vollständige Heilung zu erwarten?

wahrscheinlich ja  derzeit nicht vorhersehbar

nein, da

## 8. Vorschäden

(Bitte beachten Sie die Hinweise auf Seite 3 des Informationsanhangs zur Schadenmeldung)

8.1. Hatten Sie 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

8.2. Waren Sie vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung?

nein  ja, bei

Name und Anschrift

8.3. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden?

nein  ja

Unfalldatum

| | | | | | | | | |

Vereins-Kennziffer: 26 /

Name, Vorname des Verletzten

## 9. Weitere Versicherungen

9.1. Wie sind Sie krankenversichert?

- pflichtkrankenversichert     freiwillig krankenversichert     privat krankenversichert  
 nicht krankenversichert     beihilfeberechtigt     Sozialhilfeempfänger

9.2. Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung?

9.3. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für Sie eine weitere Einzel- oder Gruppen-Unfallversicherung (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung, eine Kreditkarte etc.)?

Name der Versicherung

Straße    PLZ    Ort

Versicherungsscheinnummer    Schadennummer

Ist der Unfall dort gemeldet worden?     nein     ja

Name der Versicherung

Straße    PLZ    Ort

Versicherungsscheinnummer    Schadennummer

Ist der Unfall dort gemeldet worden?     nein     ja

9.4. Es besteht keine weitere Unfallversicherung   

## 10. Allgemeine Hinweise und Empfangsbestätigung gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

10.1 Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.

10.2 Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

10.3 Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter [www.ARAG-Sport.de](http://www.ARAG-Sport.de) zugängliche Merkblatt zum Versicherungsschutz eingesehen.

10.4 Den Fristenhinweis und die „Wichtigen Hinweise zum Sport-Unfallversicherungsschutz“ habe ich erhalten.

10.5 Dieser Unfallanzeige fügen wir in der Anlage auch eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Unfallversicherung bei. Senden Sie diese bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben wieder an uns zurück, sonst ist eine Bearbeitung nicht möglich. Entscheiden Sie sich für eine generelle Schweigepflichtentbindung, werden wir die von Ihnen unter Punkt 7.2. und 7.4. in dieser Unfallanzeige angegebenen Ärzte – falls zur Leistungsprüfung notwendig – nach Rücksendung dieser Unfallanzeige um Auskunft bitten. Teilen Sie uns daher bei Rücksendung dieser Unfallanzeige bitte mit, falls Sie hiermit nicht einverstanden sind.

10.6 Ich bestätigte, dass mir die Fristenbelehrung und der Informationsanhang zur Schadenmeldung ausgehändigt worden sind.

Datum

Ort

Unterschrift der verletzten Person

Unterschrift Ihres gesetzlichen Vertreters

Im Todesfall Unterschrift der Erben

# Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Vereins-Kennziffer: 26 /

Unfalltag

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Name und Vorname der verletzten Person

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherungen benötigt die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass wir einen im Zusammenhang mit Ihrer Person stehenden Leistungsfall bearbeiten, an andere Stellen (vergleiche Ziffer 3) weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsprüfung und -bearbeitung erforderlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine Prüfung der geltend gemachten Leistungsansprüche in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung der Leistungsbearbeitung unentbehrlich sind. Der Widerruf kann zu einer Verzögerung bei der Leistungsprüfung und -bearbeitung führen.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

## 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG die von mir oder Dritten in diesem Leistungsfall und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten jeweils -wechselseitig- erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung und -bearbeitung dieses Leistungsfall es erforderlich ist.

## 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für die Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden selbst oder durch die Actineo GmbH erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht, soweit meine /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen, die im Zusammenhang mit dem Leistungsfall stehen, an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG an die Actineo GmbH (ggf. über die Actineo GmbH) an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

oder

Vereins-Kennziffer: 26 /

Name, Vorname des Verletzten

**Möglichkeit II:**

Ich wünsche, dass mich die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Sofern Sie sich für die Möglichkeit II entscheiden, werden wir Ihnen vorab jeweils eine vorbereitete Einwilligungserklärung zusenden.

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG**

**3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

**3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)**

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden. Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG führt jeweils eine fortlaufende Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für sie erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG kann im Internet unter [www.arag.de/datenschutz](http://www.arag.de/datenschutz) eingesehen oder unter Telefon 0211 98 700 700 angefordert werden.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

|           |                                    |
|-----------|------------------------------------|
| Ort/Datum | Unterschrift der verletzten Person |
|-----------|------------------------------------|

|           |  |
|-----------|--|
| Ort/Datum | Unterschrift der gesetzlich vertretenden Person* |
|-----------|--|

|           |  |
|-----------|--|
| Ort/Datum | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters |
|-----------|--|

## Informationsanhang zur Schadenmeldung

Bitte trennen Sie diesen Anhang mit wichtigen Hinweisen zu Fristen, Anspruchsvoraussetzungen und Folgen bei der Verletzung von Obliegenheiten ab und händigen Sie diesen dem Verletzten aus!

Vereins-Kennziffer: 26 /

Unfalltag

Meldetag

### Bestätigung über die Meldung Ihres Sportunfalls

Sehr geehrtes Mitglied,

die Meldung Ihres Sportunfalls wurde aufgenommen. Um eine zügige Schadenabwicklung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die Ihnen ausgehändigte Schadenmeldung (ab Seite 3 vollständig ausgefüllt und unterschrieben) unverzüglich beim

Versicherungsbüro beim  
Landessportbund Sachsen e. V.  
40464 Düsseldorf  
Telefon 0341 2163133  
E-Mail vsbleipzig@ARAG-Sport.de

einzureichen.

Sollten Sie beim Ausfüllen Unterstützung benötigen, so steht Ihnen Ihr Verein sicher gern zur Verfügung. Wenn Sie später Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, wenden Sie sich bitte direkt an das Versicherungsbüro. Geben Sie dabei bitte immer die oben genannte Vereins-Kennziffer oder später die Schadennummer an. Bitte heben Sie diese Informationen sorgfältig auf.

### Versicherungsleistungen in der Sport-Unfallversicherung

- Invaliditätsleistung
- Übergangsleistungen
- Reha-Management
- Serviceleistungen
- Todesfalleistung
- Unfall-Zusatzleistungen
- Krankenhaustagegeld ab dem 10. Tag

Nähere Informationen erhalten Sie unter [www.ARAG-Sport.de](http://www.ARAG-Sport.de)



## Fristenhinweis

1. 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 spätestens 30 Monate nach Eintritt des Unfalls) von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

**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.**

2. Ein Anspruch auf **Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
- nach Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet
  - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
  - noch um mehr als 50 Prozent beeinträchtigt ist und
  - die Beeinträchtigung innerhalb von 6 Monaten ununterbrochen bestanden hat.
  - Die Übergangsleistung muss spätestens 7 Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

**Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Übergangsleistung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.**

## Wichtige Hinweise zum Sport-Unfallversicherungsschutz

1. Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (im Ausland) sowie Transport- und Bergungskosten sowie Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden, Rückbeförderung/Überführung, Erstbeförderung und Hilfsmitteln sind vorab anderen Kostenträgern (zum Beispiel 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. Eigenanteile oder sonstige Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung nicht erstattungsfähig.
2. Behandlungskosten im Rahmen der Unfall-Zusatzleistungen werden für eine Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls oder der Erkrankung – gezahlt. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bei unfallbedingtem Verlust von Zähnen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.
3. Bescheinigungen über Krankenhausaufenthalte sind bitte mit Diagnose einzureichen.

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

Vereins-Kennziffer: 26 /

Name, Vorname des Verletzten

## Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall (Version 2.0)

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe!

### Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Der Versicherer kann von versicherten Personen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass sie wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist und die die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als sie alles zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen.

Soweit den versicherten Personen dies zumutbar ist, haben diese auf Verlangen fristgerecht geeignete Belege vorzulegen.

### Leistungsfreiheit

Vorsätzliche Verstöße gegen Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten führen zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer solchen Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – zu kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn nachgewiesen wird, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

## Hinweis zu 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 bedingte gesundheitliche 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 (zum Beispiel Achillessehnenruptur bei erheblichem Sehnenverschleiß oder Oberschenkelfraktur bei bestehendem Knochentumor usw.), sondern auch möglicherweise mittelbar im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehende Beeinträchtigungen (zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma usw.).

Unter Krankheiten versteht die Rechtsprechung üblicherweise einen regelwidrigen, objektiv vorhandenen, das heißt 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.

Vertragsgesellschaften des Landessportbundes Sachsen e. V.:

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

**ARAG SE**  
ARAG Platz 1 - 40472 Düsseldorf