



11. Unfallzeugen  
(Bitte Namen und Anschrift angeben)

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

12. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?  
Durch welche Dienststelle?

nein  ja

Aktenzeichen:

Sachbearbeiter/Telefonnummer:

13. 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 \_\_\_\_\_

14. Wurde eine Blutprobe entnommen?

nein  ja, Ergebnis: \_\_\_\_\_‰

### III. Anlass des Unfalls:

15. 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 \* \_\_\_\_\_

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 \* \_\_\_\_\_

16. 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 \_\_\_\_\_

17. 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:

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

20. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

\_\_\_\_\_

21. 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

22. Ist vollständige Heilung zu erwarten?

wahrscheinlich ja  derzeit nicht vorhersehbar

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

### V. Vorschäden:

23. Hatte der/die Verletzte schon vor dem Unfall Gesundheitsbeeinträchtigungen?

Verletzungen  keine  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen  keine  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Gebrechen/chronische Leiden  keine  ja, und zwar \_\_\_\_\_

24. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung?

nein  ja, bei wem \_\_\_\_\_

Name/Anschrift \_\_\_\_\_

25. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden?

nein  ja

damaliges Unfalldatum? \_\_\_\_\_

26. Hat der/die Verletzte infolge des früheren Unfalls eine Invaliditätsentschädigung (Rente oder Kapitalzahlung) oder eine Verletzten- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten?  nein  ja \_\_\_\_\_  
 von: \_\_\_\_\_  
 Leistungszeitraum: \_\_\_\_\_
27. Sind damals Leistungen aus dem Sportversicherungsvertrag in Anspruch genommen worden?  nein  ja, Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

#### VI. Weitere Versicherungen:

28. Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist  pflichtkrankenversichert  freiwillig krankenversichert  privat krankenversichert  
 nicht krankenversichert  beihilfeberechtigt  Sozialhilfeempfänger
29. Bei welcher **Krankenkasse/privaten Krankenversicherung?** \_\_\_\_\_
30. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-**Unfallversicherung** (z.B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?  
 Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_  
 Ist der Unfall dort gemeldet worden?  nein  ja
31. Für das verletzte Mitglied besteht keine weitere Unfallversicherung

#### VII. 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 grobfahrlässig 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 \_\_\_\_\_ Der Informations-Anhang zur Schadenanzeige wurde dem Verletzten bzw. gesetzlichen Vertreter ausgehändigt

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Verletzten oder gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Stempel + Unterschrift des Vereins

#### 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 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.**

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

**Diese Erklärung muss gesondert unterschrieben werden, da sonst eine weitere Bearbeitung nicht möglich ist.**

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

<b>Vereinsnummer: 26 /</b>
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  
Landessportbund Sachsen e.V.  
Goyastraße 2 d  
04105 Leipzig**

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 LSB S an.**

Diese Bestätigung bitten wir sorgfältig aufzubewahren.

Mit sportlichen Grüßen

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

**Wichtige Hinweise zum Unfallversicherungsschutz**

1. Rechnungen zu Heilbehandlungs- und Transportkosten (im Ausland), Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden sowie Hilfsmitteln 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. Behandlungskosten im Rahmen der Unfall-Zusatzleistungen werden für die Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls oder der Erkrankung – erbracht. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bei unfallbedingtem Verlust von Zähnen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 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 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.**

4. Ein Anspruch auf **Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
  - nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet
  - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
  - noch um mehr als 50% beeinträchtigt ist und
  - die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
  - Die Übergangsleistung muss spätestens sieben 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.**

5. 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 Landessportbundes Sachsen e.V.:

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

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