Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Versicherungsbüro beim
Landessportbund Sachsen
Goyastraße 2 d
04105 Leipzig

1. Vereins-Kennziffer: 26 / **400181**

2. Name und Anschrift des Vereins/Verbands:

TuS Ebersdorf e.V.
Frankenberger Str. 219 b
09131 Chemnitz

3. Name des Ansprechpartners im Verein/Verband:

Wolfgang Liebers
Obere Hauptstr. 176
09228 Wittgensdorf
Tel. tagsüber: **037200/88780**

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

Um den Datenschutz zu gewährleisten, ist danach der/dem **Verletzten** die Möglichkeit zum selbständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten ab dem V. Abschnitt zu geben.

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung ist – in der Regel durch die verletzte Person – mit den Unterschriften auf den Seiten 1 und 2 anschließend an das Versicherungsbüro zu senden.

I. Angaben des Vereins zum Verletzten:

1. Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
2. Mitgliedschaft im Verein/Verband:
   ☐ ja, seit: _____ ☐ Zeitmitglied von _____ bis _____ ☐ Nichtmitglied

II. Unfallhergang:

3. Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum: _____ Uhrzeit: _____
4. Wo hat sich der Unfall zugetragen? Sportstätte: _____
5. Bei welcher Sportart? _____
6. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen) _____

III. Anlass des Unfalls:

7. 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 Wege zu bzw. von einer Veranstaltung
   ☐ beim Einzeltraining
8. In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?
   als ☐ aktiver Sportler ☐ Funktionär
   ☐ Trainer, Übungsleiter, hauptamtlicher Mitarbeiter
   ☐ _____

IV. Stempel und Unterschrift des Vereins:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt.

_____, den _____

_____
Stempel und Unterschrift des Vereins

Weiter auf Seite 2 ➧

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

V. Weitere Personalien der verletzten Person:

9. Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
10. Kontakt (*): Tel. priv.: _____ dienstl.: _____
11. Bankverbindung: Kto-Nr. oder IBAN: _____
    BLZ oder BIC: _____ Kreditinstitut: _____
    Kontoinhaber: _____

(*) freiwillige Angabe

VI. Unfallfolgen:

12. Welche Verletzungen sind eingetreten?
    Wo? ☐ links ☐ rechts
13. ☐ Zahnschaden ☐ Brillenschaden
14. Welche Ärzte haben Sie behandelt?
15. Tag der Erstbehandlung? _____
16. (Voraussichtliche) Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit: _____ Tage, davon _____ Tage stationär im Krankenhaus. (Bitte überlassen Sie uns eine Kopie des Entlassungsberichts, damit wir Ihnen ggf. ein Krankenhaustagegeld zahlen können)
17. Ist vollständige Heilung zu erwarten?
    ☐ wahrscheinlich ja ☐ derzeit nicht vorhersehbar
    ☐ nein, da _____

VII. Wichtige Hinweise und Empfangsbestätigung gem. § 28 Abs. 4 VVG

- Ich habe die Schadenmeldung nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt.
- Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.
- Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter www.ARAG-Sport.de zugängliche Merkblatt zum Versicherungsschutz eingesehen.
- Die „Wichtigen Hinweise zum Sport-Kranken- und Sport-Unfallversicherungsschutz" habe ich erhalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass die von mir mitgeteilten personenbezogenen Daten zur Schadenbearbeitung gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

_____, den _____

_____

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