

<h2>Schadenanzeige Sportunfall-Versicherung</h2> <p>Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:</p> <p>INVERMA GMBH Servicebüro Sportversicherung des LSB Thüringen e.V. Postfach 45 01 08 99051 Erfurt</p>	Mitgliedsnummer beim LSB: _____ bitte freilassen
	<p>2. Name und Adresse des Vereins:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefonnummer für Rückfragen: (tagsüber)</p>
☎ 0361-2252418 / Fax: 0361-2251072	Name: _____ ☎: _____

I. Personalien des Verletzten:

1. Vor- und Zuname: _____ Geb.-Datum: _____
2. Anschrift: _____
Telefon-Nr.: _____
3. Familienstand: ledig verheiratet Anzahl unterhaltsberechtigter Kinder: _____
4. Ausgeübter Beruf: _____ angestellt selbständig beamtet _____
5. Ist der Verletzte Vereinsmitglied? Ja, seit _____ Nein
6. Krankenkasse: _____ pflichtkrankenvers. privat krankenvers. beihilfeberechtigt
 freiwillig krankenvers. nicht krankenvers. Sozialhilfeempfänger
7. Besteht eine weitere private Unfallversicherung
 Nein Ja, bei Versicherung: _____
wurde der Unfall gemeldet: Nein Ja, Vers.-Nr. _____ Schaden-Nr. _____
(Bitte unbedingt angeben! – Eine Leistungskürzung ergibt sich daraus nicht.)

II. Unfallhergang

8. Unfalltag, Datum: _____ Uhrzeit: _____ Sportart: _____
9. Schadenschilderung:

10. Unfallzeugen (Name, Anschrift): _____
11. Wurde der Unfall polizeilich gemeldet: Nein Ja, AZ: _____
12. Unfallort / Anschrift: _____
13. Vereinssport beim Wettkampf / Turnier Einzeltraining
 beim Mannschafts- / Gemeinschaftstraining _____
14. Anderweitige satzungsgemäße Veranstaltung Ja, bei: _____
15. Wegeunfall Ja, auf dem Weg zu bzw. von _____ Nein
16. Breiten- u. Gesundheits-sport (nur für Nichtmitglieder)
 Art der Veranstaltung: _____
 bei der Abnahme des Sportabzeichens
 Probetraining
17. In welcher Funktion hat der Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen
als aktiver Sportler
 Trainer/Übungsleiter mit Lizenz oder ohne
 Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer
 hauptamtlicher Mitarbeiter _____

18. Wie war die Veranstaltung ausgeschrieben / angekündigt? Wettkampf- / Veranstaltungskalender Trainingsplan
 schriftliche Einladung Aushang

19. Ist der Schaden der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? Nein Ja, der _____

III. Unfallfolgen: (Entfällt bei Schäden an Brillen / Kontaktlinsen, Hörgeräten und Zahnschäden)

20. Welche Verletzungen sind eingetreten?

21. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt?
 (Bitte Name und Anschrift angeben) _____

22. Wann und wo wurde Erstbehandlung durchgeführt? _____

23. Welcher Arzt, bzw. Krankenhaus wurde mit der Weiterbehandlung betraut? (Bitte Name und Anschrift angeben) _____

24. Ist eine vollständige Heilung zu erwarten? wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar
 Nein, da _____

25. Litt der Verletzte vor dem Unfall an Krankheiten o. Gebrechen? Nein Ja, an _____

26. Hatten die Krankheiten / Gebrechen eine dauerhafte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zur Folge? Nein Ja und zwar eine MdE von ____ %

27. Sind diese Krankheiten / Gebrechen durch einen Unfall hervorgerufen worden? Nein Ja, wann hat sich dieser ereignet ____ Jahr

28. Ist anlässlich dieses Unfalles eine Entschädigung gezahlt worden? Nein Ja,
 seitens _____ (Sportversicherung, Versorgungsamt etc.)

Falls Sie mit einer dauernden Beeinträchtigung aufgrund des Unfalles rechnen, beachten Sie bitte folgende WICHTIGE HINWEISE:

Voraussetzung für eine Invaliditätsleistung ist, dass ein unfallbedingter Dauerschaden innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und nach weiteren 6 Monaten ärztlich festgestellt ist.

Den Anspruch auf Invaliditätsleistung müssen Sie bis 18 Monate nach dem Unfall geltend machen.

Bitte melden Sie den Anspruch schriftlich an, und richten Sie das Schreiben nur an die im Briefkopf genannte Anschrift.

Wir stellen Ihnen dann gerne ein Formular für den Arzt zur Verfügung.

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 Anspruches führen.

Die Höhe eines möglichen Dauerschadens könnte bis zum Ablauf von 3 Jahren nach dem Unfall ermittelt werden.

IV. Krankenhaustagegeld

29. Stationäre Behandlung vom _____ bis _____

Art der Verletzung: _____

Bitte Bescheinigung mit Kurzdiasgnose oder Kopie des Entlassungsberichtes beifügen / nachreichen

V. Brillen- und Zahnschäden / Hörgeräte

30. Brillenschaden / Kontaktlinse **Bitte Neu- oder Reparaturrechnung der Brille / Kontaktlinse beifügen / nachreichen**
 (Zuzahlung nur bei aktiver Sportausübung)

31. Hörgerät **Bitte Neu- oder Reparaturrechnung des Hörgerätes beifügen/nachreichen**
 (Zuzahlung nur bei aktiver Sportausübung)

32. Zahnschaden mit _____ Zähnen / Zahnspangen

Bitte bestätigte Kopie des Heil- und Kostenplanes und die Eigenanteilsrechnung nachreichen

VI. Bankverbindung

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

Schweigepflichtentbindungserklärung und Auskunftsermächtigung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer bzw. die AMB Generali Schadenmanagement GmbH im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung der Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

- Bitte entscheiden Sie sich für eine Variante -

- Zu diesem Zweck **befreie ich** hiermit - mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar - die Angehörigen von Heilberufen, Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung der Unfallfolgen oder anderer Krankheiten oder Gebrechen, die für die Beurteilung der Ansprüche relevant sein können, beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten und ermächtige sie,

der AachenMünchener Versicherung AG sowie der AMB Generali Schadenmanagement GmbH die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden und Sozialversicherungsträger, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Die erhobenen Gesundheitsdaten können vom Versicherer bzw. der AMB Generali Schadenmanagement GmbH im erforderlichen Umfang zur Prüfung der von mir geltend gemachten Ansprüche an externe berufskundliche oder medizinische Gutachter übermittelt werden.

- Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung **gebe ich nicht ab**. Daher teilt mir der Versicherer bzw. die AMB Generali Schadenmanagement GmbH - falls erforderlich - mit, von welchen Personen oder Behörden eine Auskunft benötigt wird. Ich erkläre dann jeweils schriftlich, ob ich die genannten Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von

Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Unterlagen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis: Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

_____, den _____

(Unterschrift des Verletzten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

(Stempel und Unterschrift des Vereins)