

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Schadenanzeige</b><br><b>Sportunfall-Versicherung</b><br>Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:<br><br><b>BüchnerBarella</b><br><b>Servicebüro Sportversicherung</b><br><b>des LSB Thüringen e.V.</b><br><b>Werner-Seelenbinder-Str. 1</b><br><b>99096 Erfurt</b> | Mitgliedsnummer beim LSB: _____                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               | bitte freilassen                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2. Name und Anschrift des Vereins:<br>_____<br>_____<br>_____    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               | E-Mail für Rückfragen und Mitteilung der Schadennummer:<br>_____ |
| ☎ 0361- 666 20 20 / Fax: 0361- 666 20 49                                                                                                                                                                                                                                      | Telefonnummer für Rückfragen: (tagsüber)                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               | Name: _____ ☎: _____                                             |

### I. Personalien des Verletzten:

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
2. Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
3. Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet Anzahl unterhaltsberechtigter Kinder: \_\_\_\_\_
4. Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ ☐ angestellt ☐ selbständig ☐ beamtet ☐ \_\_\_\_\_
5. Ist der Verletzte Vereinsmitglied? ☐ Ja, seit \_\_\_\_\_ ☐ Nein ☐ Flüchtling oder Asylsuchender
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: \_\_\_\_\_ ☐ Nein
15. Wegeunfall ☐ Ja, auf dem Weg zu bzw. von \_\_\_\_\_ ☐ Nein
16. Breiten- u. Gesundheitssport (nur für Nichtvereinsmitglieder) ☐ Art der Veranstaltung: \_\_\_\_\_  
☐ bei der Abnahme des Sportabzeichens  
☐ Probetraining
17. In welcher Funktion hat der Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen  
als ☐ aktiver Sportler ☐ mit Lizenz oder ☐ ohne  
☐ Trainer/Übungsleiter ☐ 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 die 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.)

### IV. Krankenhaustagegeld

29. Stationäre Behandlung vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

**Bitte Bescheinigung mit Kurzdiagnose 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

IBAN: DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

### Wichtige Hinweise / Unterschriften

#### Falls Sie mit einer dauernden Beeinträchtigung 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 an die im Briefkopf genannte Anschrift. Wir stellen Ihnen dann gerne ein Formular für die ärztliche Feststellung 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.

Bitte beachten Sie zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die folgende Erklärung. **Bitte entscheiden Sie sich für eine Variante und schicken Sie die Erklärung ausgefüllt und unterschrieben mit zurück.**

Ich habe sämtliche Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich auch dann für die Richtigkeit der Antworten verantwortlich bin, wenn diese von einem Beauftragten der AachenMüchnener Versicherung AG gemacht wurden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Verletzten  
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Stempel / Unterschrift des Vereins

**Die auf den nächsten Seiten folgende Schweigepflichtentbindungs-Erklärung bitte ebenfalls unterzeichnen!**

## Ihre schriftliche Erklärung zur

### Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, 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 AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen **bereits jetzt (Variante 1)** oder **später - im Einzelfall (Variante 2)** - erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für **eine** der beiden nachfolgenden Möglichkeiten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

##### ☐ Variante 1

Ich willige ein, dass die AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH – 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, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer 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

##### ☐ Variante 2

Ich wünsche, dass mich die AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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 durch die AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die AachenMünchener Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

#### 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH 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.

Ich willige ein, dass die AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH meine Gesundheitsdaten 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 AachenMünchener Versicherung AG bzw. die Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung 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, kann die AachenMünchener Versicherung AG an das HIS melden. Die AachenMünchener Versicherung AG 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 eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die AachenMünchener Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die AachenMünchener Versicherung 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 des Verletzten  
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

### **Ihre Pflichten nach dem Versicherungsfall und die Folgen bei deren Verletzung (Mitteilung nach § 28 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz)**

Wenn ein Schaden entstanden ist, müssen Sie an viele Einzelheiten denken, die nun zu erledigen sind. Auch wir brauchen Ihre Unterstützung, damit wir den Hergang klären und die Schadenhöhe feststellen können. Im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und in Ihrem Vertrag ist geregelt, wie Sie sich in einem Schadenfall verhalten müssen, um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Wir haben hier für Sie noch einmal das Wichtigste zusammengefasst:

#### **Ihre Auskunft- und Aufklärungsobliegenheiten**

Wenn Sie uns einen Schaden melden, prüfen wir, in welchem Umfang wir Leistungen erbringen können. Sie sind daher verpflichtet, wahrheitsgemäß und fristgerecht

- uns alle Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind (Auskunftsobliegenheit);
- dazu beizutragen, den Sachverhalt aufzuklären und uns alle notwendigen Angaben zu machen, soweit dies für Sie zumutbar ist (Aufklärungsobliegenheit);
- uns auf unser Verlangen Belege vorzulegen, wenn es Ihnen möglich ist.

Falls die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einer anderen Person zusteht, ist auch diese verpflichtet, die Obliegenheiten zu erfüllen.

#### **Leistungsfreiheit und Einschränkung unserer Leistungspflicht**

Wenn Sie Ihre Auskunft- und Aufklärungsobliegenheiten

- grob fahrlässig verletzen, können wir unsere Leistung kürzen, ggf. sogar vollständig. Die Höhe der Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens;
- vorsätzlich verletzen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistung;
- arglistig verletzten, sind wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Wir leisten jedoch auch dann, wenn Sie Ihre Obliegenheiten grob fahrlässig oder vorsätzlich verletzen. Sie müssen dann aber nachweisen, dass wir den Versicherungsfall und unsere Leistungspflicht sowie deren Umfang trotz dieser Verletzung feststellen konnten.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an. Wir sind gerne für Sie da.