

|  |   |
|--|---|
| <h2 style="margin: 0;">Schadenanzeige</h2> <h3 style="margin: 0;">Sportunfall-Versicherung</h3> <p style="margin: 5px 0 0 0;">Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:</p><br><br><p style="margin: 0;"><b>INVERMA GMBH</b><br/> <b>Servicebüro Sportversicherung</b><br/> <b>des LSB Thüringen e.V.</b><br/> <b>Postfach 45 01 08</b><br/> <b>99051 Erfurt</b></p> | Mitgliedsnummer beim LSB: _____<br>bitte freilassen   |
|  | 2. Name und Adresse des Vereins:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>Telefonnummer für Rückfragen: (tagsüber) _____ |
| ☎ 0361-2252418 / Fax: 0361-2251072   | Name: _____ ☎: _____  |

### I. Personalien der Verletzten Person:

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
2. Anschrift: \_\_\_\_\_
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 Gesellschaft: \_\_\_\_\_
- 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 als hat der Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen  
 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)

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.)

### IV. Krankenhaustagegeld

29. Stationäre Behandlung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie des Entlassungsberichtes oder Bescheinigung mit Kurzdiasgnose 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 Kopie des genehmigte Heil- und Kostenplanes und die Eigenanteilrechnung nachreichen**

### VI. Bankverbindung

- Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

**Die Rechtsprechung verpflichtet uns zum Hinweis, dass bewusst unwahre Angaben oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entstehe.**

Die obigen Fragen sind nach besten Gewissen und wahrheitsgemäß beantwortet worden.

#### Erklärung des Verletzten:

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache, oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen, (z.B. Bescheinigungen, Atteste), oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes, ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind, oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Die Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern -; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbstbeurteilen kann.

**Hinweis: Ich habe die dem Verein vorliegende Broschüre zum Umfang des Versicherungsschutzes eingesehen. Mir ist bekannt, dass eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltage an gerechnet ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein muss.**

\_\_\_\_\_,den \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Verletzten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

( Stempel und Unterschrift des Vereins)