Formular zurücksetzen

LSB LANDESSPORTBUND THÜRINGEN Mitten im Sport.

BüchnerBarella Sichert Unternehmen seit 1922

GENERALI

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

BüchnerBarella
Servicebüro Sportversicherung
des LSB Thüringen e. V.
Werner-Seelenbinder-Straße 1
99096 Erfurt

Telefon: 0361 66620-20
Telefax: 0361 66620-49
E-Mail: sportversicherung@buechnerbarella.de

Schadenanzeige zur Sportunfall-Versicherung

– Schadenmeldung durch den Verein/Verband oder direkt durch die verletzte Person

Ziffer I: Enthält Informationen zum Verein/Verband und soll vom Ansprechpartner im Verein beantwortet werden.

Ziffer II: Berücksichtigt die personenbezogenen Informationen zur verletzten Person. Um den Datenschutz zu gewährleisten, soll dieser Teil nach Möglichkeit von der verletzten Person beantwortet werden.

Bitte achten Sie auf die Erklärungen und Unterschriften, insbesondere zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs-Erklärung.

I. Vom Verein zu beantworten

Name und Anschrift des Vereins: LV Gera e.V., Hofwiesenpark 6, 07548 Gera

Mitgliedsnummer beim LSB: 120158

Ansprechpartner im Verein: Herr Torsten Blau

Telefonnummer für Rückfragen: 0176 13434836

E-Mail-Adresse für Rückfragen und Mitteilung der Schadennummer: info@lv-gera.de

Ist die verletzte Person ein Vereinsmitglied? ☐ Ja, seit _____ (vollständiges Eintrittsdatum eintragen) ☐ Nein

Vereinssport
☐ beim Wettkampf/Turnier ☐ beim Einzeltraining
☐ beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining ☐ _____

Anderweitige satzungsgemäße Veranstaltung ☐ Ja, bei _____

Wegeunfall ☐ Ja, auf dem Weg zu bzw. von _____ ☐ Nein

Breiten- und Gesundheitssport (nur bei Nichtvereinsmitgliedern)
☐ Art der Veranstaltung _____
☐ bei der Abnahme des Sportabzeichens
☐ Probetraining Datum erste Teilnahme: _____

In welcher Funktion hat die verletzte Person an der Veranstaltung mitgewirkt?
☐ als aktiver Sportler ☐ mit Lizenz oder ☐ ohne Lizenz
☐ als Trainer/Übungsleiter ☐ als hauptamtlicher Mitarbeiter
☐ als Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer ☐ als Berufs- oder Profisportler
☐ Sonstige _____

Wie war die Veranstaltung ausgeschrieben/angekündigt?
☐ Wettkampf- oder Veranstaltungskalender ☐ Trainingsplan
☐ schriftliche Einladung ☐ Aushang
☐ _____

Name des Vereinsvertreters/Übungsleiters	Datum, Unterschrift	Vereinsstempel

II. Angaben der verletzten Person

Vor-/Zuname: Geb.-Datum:

Anschrift: Straße: PLZ, Ort:

Telefonnummer: E-Mail:

Krankenkasse:

☐ pflichtkrankenversichert ☐ privat krankenversichert ☐ beihilfeberechtigt

☐ freiwillig krankenversichert ☐ nicht krankenversichert ☐ Sozialhilfeempfänger

Besteht eine weitere private Unfallversicherung? ☐ Nein ☐ Ja, bei Versicherung:

Wurde der Unfall dort gemeldet? ☐ Nein ☐ Ja, Vertrags-Nr.:

Schaden-Nr.:

(Bitte unbedingt angeben – eine Leistungskürzung ergibt sich daraus nicht!)

Unfallhergang

Unfall-Datum: Uhrzeit: Sportart:

Schadenschilderung:

Wurde der Unfall polizeilich gemeldet? ☐ Nein ☐ Ja, Aktenzeichen:

Unfallort/Anschrift:

Ist der Schaden der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? ☐ Nein ☐ Ja, der

Unfallfolgen (entfällt bei Schäden an Brillen/Kontaktlinsen, Hörgeräten und Zahnschäden)

Welche Verletzungen sind eingetreten?

Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt? (bitte Name und Anschrift angeben)

Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

Welcher Arzt bzw. Krankenhaus wurde mit der Weiterbehandlung betraut? (bitte Name und Anschrift angeben)

Ist eine vollständige Heilung zu erwarten? ☐ wahrscheinlich ja ☐ derzeit nicht vorhersehbar

☐ Nein, da

Litt die verletzte Person vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen? ☐ Nein ☐ Ja, an

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

Sind diese Krankheiten/Gebrechen durch einen Unfall hervorgerufen worden? ☐ Nein ☐ Ja, wann hat sich dieser ereignet? (Jahr)

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

Krankenhaustagegeld

Bitte Bescheinigung mit Kurzdiagnose oder Kopie des Entlassungsberichtes beifügen/nachreichen.

Stationäre Behandlung vom bis

Art der Verletzung:

Brillen- und Zahnschäden/Hörgeräte

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

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

Zahnschaden mit ☐ Zähnen/Zahnspangen
Bitte bestätigte Kopie des Heil- und Kostenplanes und die Eigenanteilsrechnung nachreichen.

Bankverbindung

IBAN:

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 von 36 Monaten nach dem Unfall eingetreten und ärztlich festgestellt ist.

Den Anspruch auf Invaliditätsleistung müssen Sie bis 36 Monate nach dem Unfall geltend machen. Bitte melden Sie den Anspruch schriftlich an und richten Sie das Schreiben an das Servicebüro Sportversicherung oder 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. Die Höhe eines möglichen Dauerschadens kann bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Unfall ermittelt werden.

Bitte beachten Sie die nachfolgende Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung sowie für die Abfrage von Gesundheitsdaten. Entscheiden Sie sich bitte für eine Möglichkeit 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 Generali Deutschland Versicherung AG gemacht wurden.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person (oder seiner Angehörigen)

– Die nun folgende Erklärung bitte ebenfalls unterzeichnen! –

Generali Deutschland Versicherung AG
Adenauerring 7, 81737 München

Ihre schriftliche Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten. Die Erklärung dient der Prüfung unserer 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 Generali Deutschland Versicherung AG 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 Generali Deutschland Versicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die Generali Deutschland Versicherung AG – 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 Generali Deutschland Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Generali Deutschland Versicherung AG 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.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich die Generali Deutschland Versicherung AG 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 Generali Deutschland Versicherung AG 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 beibringe.

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 Generali Deutschland 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 Generali Deutschland Versicherung AG 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 Generali Deutschland Versicherung AG 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 Generali Deutschland Versicherung AG 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 Besurance HIS GmbH, Daimlerring 4, 65205 Wiesbaden betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die Generali Deutschland Versicherung AG an das HIS melden. Die Generali Deutschland 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 Generali Deutschland Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Generali Deutschland 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.

Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen unter Generali Versicherungen, Adenauerring 7, 81737 München oder unter service.de@generali.com. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person (oder seiner Angehörigen)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(z. B, Eltern für ihr minderjähriges Kind)

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 Auskunfts- 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 Umfanges 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 der verletzten Person zusteht, ist auch diese verpflichtet, die Obliegenheiten zu erfüllen.

Leistungsfreiheit und Einschränkung unserer Leistungspflicht

Wenn Sie Ihre Auskunfts- 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.

Formular drucken