

SCHADENMELDUNG

Unfall-Versicherung

Geschäftsstelle

Im Grörsch 10/3

72631 Aichtal

Telefon: 07127 / 980 17 95

Fax: 07127 / 980 17 93

Mail:

bsfv@schulfoerdervereine.de

Internet:

www.schulfoerdervereine.de

Aichtal, 11.10.2022

Liebe Mitglieder des BSFV
und der angeschlossenen Landesverbände,

wenn Sie für Ihren Kita- oder Schulförderverein einen Schaden zur
Unfall-Versicherung melden möchten, füllen Sie das Formular anbei
bitte sorgfältig aus und senden es per E-Mail, Fax oder Post an die
Geschäftsstelle des BSFV:

Bundesverband der Kita-
und Schulfördervereine e.V.
Im Grörsch 10/3
72631 Aichtal

Telefon: 07127-980 17 95

Fax: 07127-980 17 93

E-Mail: versicherung@schulfoerdervereine.de

Bundesverband der Kita- und Schulfördervereine e.V.

Im Grörsch 10/3

72631 Aichtal

Telefon: 07127 / 980 17 95

Fax: 07127 / 980 17 93

Mail: bsfv@schulfoerdervereine.de

Internet: www.schulfoerdervereine.de

Vorstand:

Peter Gebauer (Vorsitzender)

Andreas Kessel (stv. Vors.)

Dagmar Müller (stv. Vors.)

Kay Dimmerling (Schatzm.)

Wir werden Ihren Schaden aufnehmen und die Meldung umgehend
an die ARAG weiterleiten. Die Versicherung setzt sich dann direkt mit
Ihnen in Verbindung.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihre
Geschäftsstelle des BSFV

Gemeinnützig zur Förderung der Erziehung, Volks- und Berufsbildung einschließlich der Studentenhilfe

Finanzamt Nürtingen

Steuer-Nr.: 7491/17049

Amtsgericht Stuttgart

Registernummer: VR 381696

Sitz: Tübingen

Bankverbindung:

Kreissparkasse Tübingen

IBAN: DE42 6415 0020 0000 1501 25

BIC: SOLADES1TUB

Gläubiger-ID: DE34ZZZ00001051225



ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1
40472 Düsseldorf

1. Versicherungsschein-Nummer
2. Name und Anschrift des Vereins/Verbands
3. Name/Telefon (tagsüber) des Ansprechpartners im Verein/Verband
4. Funktion im Verein/Verband
5. Schadennummer (falls vorhanden)

Ich werde die im Folgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß beantworten. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben erhebliche Nachteile bis hin zur Leistungsfreiheit mit sich bringen können.

Unterschrift des Vereins/Verbands

Den **Ansprechpartner im Verein/Verband** bitten wir, diese Seite der Schadenmeldung auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbands-Stempel und Unterschrift zu bestätigen.

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

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung ist – in der Regel durch die verletzte Person – mit der Schweigepflichtentbindungserklärung (**Unterschriften auf den Seiten 5 und 7 nicht vergessen**) anschließend an das Versicherungsbüro zu senden.

1. Angaben des Vereins/Verbands zum Verletzten

Name, Vorname

Mitgliedschaft im Verein/Verband:

ja seit nein

Ist für Nichtmitglieder bei unserer Gesellschaft Versicherungsschutz beantragt worden? nein ja

Vertrags-Nummer

2. Unfallhergang

2.1. Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum Uhrzeit

2.2. Wo hat sich der Unfall ereignet?

Name der Veranstaltungsstätte

Straße PLZ Ort

2.3. Bei welcher Gelegenheit ist der Unfall eingetreten?

2.3.1. Vereinsveranstaltung Aktivität Festzug Motto

Training/Auftritt

Anlass

Versicherungsschein-Nummer:

Name, Vorname des Verletzten

2.3.2. Sonstige Veranstaltung

geselliges Zusammensein

vereinsintern öffentlich

Anlass/Motto

auswärtige Vereinsfreizeit

Festzug

Anlass

2.3.3. Ehrenamtliche Betätigung für den Verein/Verband

Veranstaltung

2.3.4. Auf dem Wege zu bzw. von einer Veranstaltung

Hinweg Rückweg

2.3.5. Sonstiger Anlass

2.4.1. In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?

als aktiver Teilnehmer

als Trainer, Leiter

mit

ohne Lizenz

als Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer

als hauptamtlicher Mitarbeiter

2.4.2. Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?

nein

ja, der

2.5. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?

nein

ja

Aushang*

Veranstaltungskalender*

schriftliche Einladung*

durch

* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!

3. Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands

Versicherungsschein-Nummer:

Name, Vorname des Verletzten

4. Angaben des verletzten Mitglieds

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	PLZ	Ort	
Ausgeübter Beruf (*)	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> beamtet
Telefon privat*	Telefon dienstlich*	E-Mail*	
Familienstand (*) <input type="checkbox"/> ledig/geschieden/verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft			
Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder		Anzahl	Alter
Bankverbindung			
Kontoinhaber			
IBAN		BIC	
(*) freiwillige Angabe			

5. Unfallhergang

5.1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

Datum	Uhrzeit
-------	---------

Bei welcher Veranstaltung?

Sportart

5.2. Wo hat sich der Unfall zugetragen?

Name der Veranstaltungsstätte

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

5.3. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen)

5.4. Unfallzeugen (bitte Namen, Anschrift angeben.)

Name, Vorname		
Straße	PLZ	Ort

Name, Vorname		
Straße	PLZ	Ort

Versicherungsschein-Nummer:	Name, Vorname des Verletzten
-----------------------------	------------------------------

5.5. Wurde die Polizei hinzugezogen? nein ja

Name der Polizeidienststelle

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Aktenzeichen	Sachbearbeiter/Telefonnummer
--------------	------------------------------

5.6. Hatte der/die Verletzte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen? nein ja

Art	Menge
-----	-------

Zeitraum von	bis
--------------	-----

5.7. Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja

Ergebnis in ‰

6. Unfallfolgen

6.1. Welche Verletzungen sind eingetreten? Wo? links rechts Zahnschäden? Brillenschäden?

6.2. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

6.3. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt?

6.4. Welcher Arzt bzw. welches Krankenhaus wurde mit der Weiterbehandlung betraut? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

Voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung:

Tage im Krankenhaus

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

Tage arbeitsunfähig krank

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

nein, da

7. Vorschäden

(Bitte beachten Sie die Hinweise auf Seite 6 der Schadenmeldung)

7.1. Hatte der/die Verletzte in den letzten 10 Jahren vor dem Unfall Gesundheitsbeeinträchtigungen, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem hier gemeldeten Unfall stehen/stehen können?

Verletzungen keine ja, und zwar

Vorerkrankungen keine ja, und zwar

Gebrechen/chronische Leiden keine ja, und zwar

7.2. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls, bei wem wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung?

nein ja, bei

Name und Anschrift

7.3. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden?

nein ja

Unfalldatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsschein-Nummer:	Name, Vorname des Verletzten
-----------------------------	------------------------------

7.4. Hat der/die Verletzte infolge des früheren Unfalls eine Invaliditätsleistung (Rente oder Kapitalzahlung) oder eine Verletzten- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	Leistungszeitraum
---	-----	-------------------

7.5. Sind damals Leistungen aus einem anderen Versicherungsvertrag in Anspruch genommen worden?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherer	Schadensnummer
---	-------------	----------------

8. Weitere Versicherungen

8.1. Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist

- pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert privat krankenversichert
 nicht krankenversichert beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger

8.2. Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung?

--

8.3. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-Unfallversicherung (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?

Name der Versicherung

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Versicherungsscheinnummer	Schadensnummer
---------------------------	----------------

Ist der Unfall dort gemeldet worden? nein ja

Name der Versicherung

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Versicherungsscheinnummer	Schadensnummer
---------------------------	----------------

Ist der Unfall dort gemeldet worden? nein ja

8.4. Für das verletzte Mitglied besteht keine weitere Unfallversicherung

9. Wichtige Hinweise und Empfangsbestätigung gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (Version 2.0)

9.1. Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt.

9.2. Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.

9.3. Dieser Unfallanzeige fügen wir in der Anlage auch eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Unfallversicherung bei. Senden Sie diese bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben wieder an uns zurück, sonst ist eine Bearbeitung nicht möglich. Entscheiden Sie sich für eine generelle Schweigepflichtentbindung, werden wir die von Ihnen unter Punkt 6.2., 6.3. und 6.4. in dieser Unfallanzeige angegebenen Ärzte – falls zur Leistungsprüfung notwendig – nach Rücksendung dieser Unfallanzeige um Auskunft bitten. Teilen Sie uns daher bei Rücksendung dieser Unfallanzeige bitte mit, falls Sie hiermit nicht einverstanden sind.

Ort, Datum	Unterschrift der verletzten Person
------------	------------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift der gesetzlich vertretenen Person*
------------	---

Ort, Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
------------	--

* bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten (Version 2.0)

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe!

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Der Versicherer kann von versicherten Personen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass sie wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist und die die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als sie alles zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen.

Soweit den versicherten Personen dies zumutbar ist, haben diese auf Verlangen fristgerecht geeignete Belege vorzulegen.

Leistungsfreiheit

Vorsätzliche Verstöße gegen Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten führen zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer solchen Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – zu kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn nachgewiesen wird, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

Hinweis zu Vorschäden

1. Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen:

Versicherungsschutz wird in der Regel für Unfälle und deren Folgen gewährt, nicht jedoch für unfallfremde Ursachen von Gesundheitsschädigungen wie Krankheiten oder konstitutionell oder schicksalhaft bedingte gesundheitliche Unregelmäßigkeiten. Unfallfremde Ursachen müssen deshalb vom Versicherungsschutz deutlich abgegrenzt werden.

Zu nennen sind hier nicht nur unmittelbar an dem vom Unfall betroffenen Körperteil bestehende Vorschädigungen (zum Beispiel Achillessehnenruptur bei erheblichem Sehnenverschleiß oder Oberschenkelfraktur bei bestehendem Knochentumor usw.), sondern auch möglicherweise mittelbar im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehende Beeinträchtigungen (zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma usw.).

Unter Krankheiten versteht die Rechtsprechung üblicherweise einen regelwidrigen, objektiv vorhandenen, das heißt vom Arzt feststellbaren Körperzustand.

Gebrechen sind dauernde abnorme Gesundheitszustände, die eine einwandfreie Ausübung der normalen Körperfunktionen nicht mehr zulassen.

2. Vorinvalidität:

Eine eventuell bestehende Vorinvalidität ist nur dann zu berücksichtigen, wenn der neue Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, deren Funktionen schon zuvor dauernd beeinträchtigt waren. So spielen zum Beispiel die Folgen einer früheren Unterarmfraktur nur im Falle einer erneuten Verletzung des selben Armes eine Rolle. Sie kann jedoch in der Regel außer Acht gelassen werden, wenn der neue Unfall andere Körperteile oder Sinnesorgane betrifft.

Versicherungsschein-Nummer:

Name, Vorname des Verletzten

Einwilligungs- und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

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

Name, Vorname der verletzten Person

Geburtsdatum

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir, die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns 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 hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG an die vorgenannten Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG 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

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich – in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG einwillige – oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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

Sofern Sie sich für die Möglichkeit II entscheiden, werden wir Ihnen vorab jeweils eine vorbereitete Einwilligungserklärung zusenden

2. a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-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 ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

2. b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.arag.de/datenschutz eingesehen oder unter Telefon 0211 98 700 700, angefordert werden.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zurück übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlich vertretenen Person*

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

* bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres