



**Sportversicherung**

**ARAG Allgemeine  
Versicherungs-AG**

Hauptverwaltung:  
ARAG Platz 1  
40472 Düsseldorf  
Telefon: (02 11) 963-3697  
Telefax: (02 11) 963-3626  
e-mail: duesseldorf@arag.de  
www.arag-sport.de

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

**ARAG  
Allgemeine Versicherungs-AG  
Sportschaden  
40464 Düsseldorf**

**Schadenanzeige für Unfallschäden**

Vers.-Schein-Nr.: \_\_\_\_\_ Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer(in): \_\_\_\_\_  
(Verband, Verein, Vereinigung)

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Personalien des verletzten Mitgliedes:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(PLZ, Wohnort, Straße)

Mitglied im Verband / Verein / Vereinigung:  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

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: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

Ist der Unfall dort gemeldet worden?  nein  ja Schadennummer: \_\_\_\_\_

**Unfallhergang:**

Wann hat sich der Schaden ereignet?

Datum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Veranstaltungsstätte: \_\_\_\_\_

Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unfallzeugen  
(Bitte Namen und Anschrift angeben)

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?

nein  ja, durch \_\_\_\_\_

Az.: \_\_\_\_\_

Hatte der Verletzte vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Was und wieviel? Wann?

nein  ja, \_\_\_\_\_ Glas \_\_\_\_\_ gegen \_\_\_\_\_ Uhr

Wurde eine Blutprobe entnommen? Mit welchem Ergebnis?

nein  ja, \_\_\_\_\_ ‰

---

**Anlass des Unfalls:**

---

Bei welcher Gelegenheit ist der Unfall eingetreten?

**Vereinsveranstaltung**

Motto: \_\_\_\_\_

Aktivität: \_\_\_\_\_  
(Training / Auftritt)Festzug anlässlich: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Ehrenamtliche Betätigung für den Verein/Verband**welche Veranstaltung?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Sonstige Veranstaltung** geselliges Zusammensein  
 vereinsintern  öffentlich  
Anlass/Motto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ auswärtige Vereinsfreizeit  
 Festzug anlässlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_auf dem **Wege** zu bzw. von einer Veranstaltung Hinweg  Rückweg**Sonstiger Anlass** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Unfallfolgen, Vorschäden:**

---

Welche Verletzungen hat sich der Versicherte  
bei dem Unfall zugezogen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Welcher Arzt (Krankenhaus) hat den Verletzten  
zuerst behandelt?  
(Name und Anschrift) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ bzw. vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wer hat die weitere Behandlung übernommen?  
(Name und Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde bzw. wird der Verletzte stationär behandelt?

 nein  ja, im \_\_\_\_\_

Wie lange?

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Heilbehandlung?

Ist vollständige Heilung zu erwarten?

 nein  jaLeidet der Verletzte oder litt er zur Zeit des Unfalls noch  
an einer anderen Krankheit oder an einem anderen  
Gebrechen und ggf. woran?  
(z.B. Epilepsie, Diabetes usw.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist das Gebrechen Folge eines früheren Unfalls?

 nein  ja vom: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Konto des Verletzten** Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Postbank/Bankverbindung: \_\_\_\_\_  
Konto-Nummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_**Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.****Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.****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. Ich bin ferner damit einverstanden, dass der Versicherer alle von ihm eingeholten Arztberichte und Gutachten einem kompetenten medizinischen Berater zur Prüfung vorlegt.****Diese 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 selbst beurteilen kann.****Mir ist bekannt, dass gemäß § 7 I. (1) AUB 88 eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet eingetreten und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein muss.**

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

(Unterschrift des Verletzten bzw. gesetzlichen Vertreters)

(Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbandes)