

# Sport-Schadenmeldung

## für Unfallschäden

(auch Zahn- und Brillenschäden)

Versicherungsbüro beim  
Landessportbund  
Sachsen e.V. Goyastraße  
2d 04105 Leipzig

1. Ist der Verein Mitglied im LSB S?    nein    ja <input checked="" type="checkbox"/>
2. Vereinsnummer: 26 / 24 32 (bitte freilassen)
3. Name und Anschrift des Vereins/Verbands: <b>FSV Bretnig – Hauwalde e.V.</b> <b>Am Klinkenplatz 8</b> <b>01900 Bretnig-Hauswalde</b>
4. Name und Anschrift des Sachbearbeiters im Verein/Verband:
Tagsüber Tel.:
Fax:
e-mail:

Den **Sachbearbeiter im Verein/Verband** bitten wir, die Abschnitte I. bis IV. sorgfältig auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbands-Stempel und Unterschrift zu bestätigen. Bitte ergänzen Sie auch Seite 1 des **Informationsanhangs**.

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

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung ist – in der Regel durch die verletzte Person – mit der Schweigepflichtentbindungserklärung (Unterschriften auf Seiten 3 und 4 nicht vergessen) anschließend an das Versicherungsbüro zu senden.

### I. Angaben des Vereins zum Verletzten:

- Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_
- Mitgliedschaft im Verein/Verband:  
~ ja, seit: \_\_\_\_\_ Zeitmitglied von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Nichtmitglied
- Ist für Nichtmitglieder bei unserer Gesellschaft Versicherungsschutz beantragt worden?    nein    ja Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_
- Mitglied in einem anderen Verein des LSB/LSV?    nein    ja bei: \_\_\_\_\_

### II. Unfallhergang:

- Wann hat sich der Unfall ereignet? Bei welcher Sportart?  
Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Sportart: \_\_\_\_\_
- Wo hat sich der Unfall zugetragen?  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Sportstätte: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### III. Anlass des Unfalls:

- Ist die Verletzung eingetreten  
a) beim Vereinssport?    nein    ja, beim Wettkampf zwischen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  
~ ja, beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining  
ja, bei einem Volkswettbewerb \* \_\_\_\_\_  
~ ja, bei einer Trimmaktion \* \_\_\_\_\_  
~ ja, bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
- beim Freizeit- und Breitensport für Mitglieder und Nichtmitglieder?    ~ nein  
~ ja, bei \* \_\_\_\_\_  
~ ja, bei \* \_\_\_\_\_

- c) bei einer anderweitigen Vereinsveranstaltung? ~ nein ja, bei \* \_\_\_\_\_
- d) auf dem Wege zu bzw. von einer Veranstaltung? ~ nein ja, auf dem Wege zu bzw. von \* \_\_\_\_\_
- e) beim Einzeltraining? ~ nein ja, bei \* \_\_\_\_\_
- f) bei einer sonstigen vereinsbezogenen Tätigkeit? Ei nein [] ja
- g) bei einem Arbeitsunfall? Ei nein [] ja
9. a) In welcher Funktion hat der/die Verletzte an der Veranstaltung teilgenommen?
- als aktiver Sportler  
 ~ Trainer, Übungsleiter  
 ~ Funktionär/Aufsichtsperson/Betreuer  
 ~ hauptamtlicher Mitarbeiter
- Ei \_\_\_\_\_
- b) Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden? ~ nein ja, der \_\_\_\_\_
10. War die Veranstaltung vereinsintern ausgeschrieben bzw. angekündigt worden?
- ~ nein ja Aushang/Veranstaltungskalender  
 ~ schriftliche Einladung  
 ~ Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan \*\* ~ durch
- \* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!  
 \*\* Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.

#### IV. Stempel und Unterschrift des Vereins:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Vereins

**→ Datenschutz: Ab hier sind die weiteren Daten und Erklärungen von der/dem Verletzten auszufüllen!**

#### V. Personalien des verletzten Mitglieds:

11. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
12. Ausgeübter Beruf (\*): \_\_\_\_\_ Ei selbständig Ei angestellt Ei beamtet Ei \_\_\_\_\_
13. Kontakt (\*): Tel. priv.: \_\_\_\_\_ dienstl.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_
14. Familienstand (\*): Ei ledig/geschieden/verwitwet verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft
15. Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: \_\_\_\_\_
16. Bankverbindung: Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
 Kreditinstitut \_\_\_\_\_
- (\*) freiwillige Angabe Kontoinhaber \_\_\_\_\_

#### VI. Unfallzeugen und Unfallaufnahme:

17. Unfallzeugen (Bitte Namen und Anschrift angeben) 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
18. Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? Ei nein Ei ja  
 Durch welche Dienststelle?  
 Aktenzeichen:  
 Sachbearbeiter/Telefonnummer:
19. Hatte der/die Verletzte in den letzten 24 Std. vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen? Ei nein Ei ja  
 Art: \_\_\_\_\_ Menge: \_\_\_\_\_  
 Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
20. Wurde eine Blutprobe entnommen? Ei nein Ei ja, Ergebnis: \_\_\_\_\_ ‰

#### VII. Unfallfolgen:

21. Welche Verletzungen sind eingetreten? Wo? Ei links rechts  
 Zahnschäden? Brillenschäden? \_\_\_\_\_
22. Welcher Arzt hat die Erstbehandlung durchgeführt? (Bitte Namen und Anschrift angeben) \_\_\_\_\_
23. Wann und wo wurde die Erstbehandlung durchgeführt? \_\_\_\_\_
24. Welcher Arzt bzw. welches Krankenhaus wurde mit der Weiterbehandlung betraut? (Bitte Namen u. Anschrift angeben) \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung: \_\_\_\_\_ Tage im Krankenhaus  
 Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit: 25. Ist \_\_\_\_\_ Tage arbeitsunfähig krank  
 vollständige Heilung zu erwarten? ~ wahrscheinlich ja derzeit nicht vorhersehbar  
 ~ nein, da \_\_\_\_\_

**VIII. Vorschäden (Bitte beachten Sie die Hinweise auf S. 4 der Schadenmeldung):**

26. 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 | _____ |
27. War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls wegen dieser Beeinträchtigung in ärztlicher Behandlung? nein    ja, bei wem  
 Name/Anschrift \_\_\_\_\_
28. Sind diese Beeinträchtigungen durch einen Unfall hervorgerufen worden? nein    ja  
 damaliges Unfalldatum? \_\_\_\_\_
29. Hat der/die Verletzte infolge des früheren Unfalls eine Invaliditätsleistung (Rente oder Kapitalzahlung) oder eine Verletzten- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten? nein    ja \_\_\_\_\_  
 von: \_\_\_\_\_  
 Leistungszeitraum: \_\_\_\_\_
30. Sind damals Leistungen aus dem Sportversicherungsvertrag in Anspruch genommen worden? nein    ja, Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

**IX. Weitere Versicherungen:**

31. Das verletzte/erkrankte Mitglied bzw. dessen Versorger ist pflichtkrankenversichert freiwillig krankenversichert privat krankenversichert  
nicht krankenversichert beihilfeberechtigt Sozialhilfeempfänger
32. Bei welcher **Krankenkasse/privaten Krankenversicherung**? \_\_\_\_\_
33. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für das verletzte Mitglied eine weitere Einzel- oder Gruppen-**Unfallversicherung** (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung etc.)?
- a) Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_
- b) Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_
- Ist der Unfall dort gemeldet worden?    a) nein    ja    b) nein    ja
34. Für das verletzte Mitglied besteht keine weitere Unfallversicherung ~

**X. Belehrung nach § 28 Abs. IV VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten**

- Ich habe die Schadenmeldung nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt.
- Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Mir ist bekannt, dass die ARAG von mir nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen kann, dass ich wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteile, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist und die die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als ich alles zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehme.  
 Soweit mir dies zumutbar ist, werde ich auf Verlangen auch fristgerecht geeignete Belege vorlegen.

• **Leistungsfreiheit**

Mir ist bekannt, dass eine vorsätzliche Verletzung einer Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führt. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung einer solchen Obliegenheit ist die ARAG berechtigt, die Leistung im Verhältnis der Schwere des Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – zu kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweise, dass ich die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt habe.

Die Leistungspflicht der ARAG bleibt bestehen, wenn ich nachweise, 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 ich die Obliegenheit arglistig verletzt habe.

- Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter [www.ARAG-Sport.de](http://www.ARAG-Sport.de) zugängliche Merkblatt zum Umfang des Versicherungsschutzes eingesehen.
- Ich bestätige, dass mir der Informationsanhang zur Schadenmeldung ausgehändigt worden ist.

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

Unterschrift der verletzten Person, ihres gesetzlichen Vertreters oder im Todesfall ihrer Erben



## **XI. Einwilligung und Schweigepflichtenbindung 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ARAG) 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 ARAG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung 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 hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

#### **Möglichkeit I:**

**L** Ich willige ein, dass die ARAG – 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 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ARAG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ARAG 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:**

**L** Ich wünsche, dass mich die ARAG 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 ARAG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ARAG einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ARAG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 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 zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ARAG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlich vertretenen Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

## **Hinweis zu VIII. 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 bedingten gesundheitlichen 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 (z. B. Achillessehnenruptur bei erheblichem Sehnenverschleiß oder Oberschenkelfraktur bei bestehendem Knochentumor usw.), sondern auch möglicherweise mittelbar im Zusammenhang mit dem gemeldeten Unfall stehende Beeinträchtigungen (z. B. Diabetes mellitus, Asthma usw.).

Unter *Krankheiten* versteht die Rechtsprechung üblicherweise einen regelwidrigen, objektiv vorhandenen, d. h. 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 z. B. 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.

**Vereinsnummer: 26 /**

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Meldetag: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des/der Verletzten:

Dies ist die Bestätigung über die Meldung Ihres Sportunfalls. Eine zusätzliche Bestätigung durch das Versicherungsbüro erfolgt nicht.

Sehr geehrtes Mitglied,

wir haben die Meldung Ihres Sportunfalls aufgenommen. Um eine zügige Schadenabwicklung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die Ihnen ausgehändigte Schadenmeldung (ab Seite 2 vollständig ausgefüllt und mit der Schweigepflichtentbindungserklärung 2 x unterschrieben) unverzüglich beim



**Versicherungsbüro beim  
Landessportbund Sachsen e.V.  
Goyastraße 2 d  
04105 Leipzig  
Tel. 03 41 / 2 16 31- 33**

einzureichen. Sollten Sie beim Ausfüllen unsere Unterstützung benötigen, so stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wenn Sie später Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, wenden Sie sich bitte direkt an das Versicherungsbüro.

**Geben Sie dabei bitte immer unsere nebenstehende Vereinsnummer des LSB S an.**

Bitte heben Sie diese Informationen sorgfältig auf.

Mit sportlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift des Vereins  
SPV326 (12.2012)

### Wichtige Hinweise zum Unfallversicherungsschutz

1. Rechnungen zu Heilbehandlungs- und Transportkosten (im Ausland), Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden sowie Hilfsmitteln sind **vorab** anderen Kostenträgern (z. B. gesetzliche oder private Kranken- oder Unfallversicherung, Beihilfeeinrichtungen, Träger der Sozialhilfe) einzureichen. Werden diese Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, sind die Originalrechnungen oder beglaubigten Kopien dieser Rechnungen – mit einem Bearbeitungs/Erstattungsvermerk versehen – dem Versicherungsbüro zur Prüfung vorzulegen. Eine Erstattung erfolgt im Rahmen der mit dem LSB vereinbarten Leistungen. Die gesetzliche Praxisgebühr oder sonstige Eigenanteile oder Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung **nicht** erstattungsfähig.
2. Behandlungskosten im Rahmen der Unfall-Zusatzleistungen werden für die Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls oder der Erkrankung – erbracht. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bei unfallbedingtem Verlust von Zähnen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.
3. Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
  - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, spätestens vor Ablauf von weiteren 12 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und
  - spätestens innerhalb von weiteren 6 Monaten (insgesamt somit spätestens 30 Monate nach Eintritt des Unfalls) von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

**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 Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.**

4. Ein Anspruch auf **Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
  - nach Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet
  - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
  - noch um mehr als 50 % beeinträchtigt ist und
  - die Beeinträchtigung innerhalb der 6 Monate ununterbrochen bestanden hat.
  - Die Übergangsleistung muss spätestens 7 Monate, nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

**Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Übergangsleistung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.**

5. Das versicherte Vereinsmitglied darf nicht darauf vertrauen, dass an seiner Stelle der Schadensachbearbeiter des Vereins für eine Wahrnehmung der vertraglichen Rechte Sorge trägt.

### Mitteilung nach § 28 Abs. IV VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten

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.

Vertragsgesellschaften des Landessportbundes Sachsen e.V..

**ARAG**

Allgemeine Versicherungs-AG  
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf

**ARAG SE**

ARAG Platz 1  
40472 Düsseldorf