



# Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden (auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim  
Landessportbund  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
40464 Düsseldorf

1. Vereins-Kennziffer: 21 /
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)

Den **Ansprechpartner im Verein/Verband** bitten wir, die Abschnitte 1. bis 4. sorgfältig auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbandsstempel und Unterschrift zu bestätigen. Bitte ergänzen Sie auch die erste Seite des **Informationsanhangs** zur Schadenmeldung.

Um den Datenschutz zu gewährleisten, geben Sie danach der/dem **Verletzten** bitte die Möglichkeit zum selbstständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten ab dem 5. Abschnitt.

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung muss – in der Regel durch die verletzte Person – anschließend an das Versicherungsbüro geschickt werden. Bitte achten Sie darauf, dass die Unterschriften auf den Seiten 2 und 5 und auf der Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht fehlen.

**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 Ansprechpartners im Verein/Verband

## 1. Angaben des Vereins/Verbands zum Verletzten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Ort
Mitgliedschaft im Verein/Verband:			
<input type="checkbox"/> ja	seit	<input type="checkbox"/> Zeitmitglied	seit bis
			<input type="checkbox"/> Nichtmitglied

## 2. Unfallhergang

2.1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

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

2.2. Wo hat sich der Unfall ereignet?

Name der Sportstätte

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

2.3. Bei welcher Sportart?

Vereins-Kennziffer: 21 /

Name, Vorname des Verletzten

#### 2.4. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen – evtl. gesondertes Blatt verwenden)

Empty text area for describing the accident.

### 3. Anlass des Unfalls:

3.1. Wie ist die Verletzung eingetreten?  beim Wettkampf zwischen

und

- beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining
- bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
- bei einer sonstigen Vereins-/Verbandsveranstaltung\*:

- auf dem Weg zu bzw. von einer Veranstaltung\*
- beim Einzeltraining\*

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

- als  aktiver Sportler
- Funktionär
  - Trainer, Übungsleiter, hauptamtlicher Mitarbeiter
  - Rehasport  Verordnung 56 lag vor (bitte beifügen)

Empty text area for additional information regarding the function.

3.3. Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?  ja  nein

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft

Empty text area for the name and address of the Berufsgenossenschaft.

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

- ja  nein
- schriftliche Einladung
- Aushang
- Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan \*\*
- Veranstaltungskalender
- durch

\* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!

\*\* Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.

Empty text area for additional information regarding the announcement.

### 4. Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt. Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.

Datum

Ort

Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands

Vereins-Kennziffer: 21 /

Name, Vorname des Verletzten

## Datenschutz:

Ab hier sind die weiteren Daten und Erklärungen von der/dem Verletzten auszufüllen!

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 Verletzten

### 5. Personalien der verletzten Person:

Name, Vorname  Geburtsdatum

Straße  PLZ  Ort

Ausübter Beruf\*   selbstständig  angestellt  beamtet

Telefon privat\*  Telefon dienstlich\*  E-Mail\*

Familienstand\*  ledig/geschieden/verwitwet  verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft

Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder  Anzahl  Alter

Bankverbindung

Kontoinhaber

IBAN  BIC

\* freiwillige Angabe ; diese Daten werden nur im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Leistungsfalls genutzt.

### 6. Informationen zum Unfallgeschehen

6.1. Wurde die Polizei hinzugezogen?  nein  ja

Name der Polizeidienststelle

Straße  PLZ  Ort

Aktenzeichen  Sachbearbeiter/Telefonnummer

6.2. Unfallzeugen (bitte Namen, Anschrift angeben.)

Name, Vorname

Straße  PLZ  Ort

Name, Vorname

Straße  PLZ  Ort

6.3. Haben Sie in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich genommen?  nein  ja

Art  Menge

Zeitraum von  bis

6.4. Wurde eine Blutprobe entnommen?  nein  ja

Ergebnis in ‰



Vereins-Kennziffer: 21 /

Name, Vorname des Verletzten

## 9. Weitere Versicherungen

9.1. Wie sind Sie krankenversichert?

- pflichtkrankenversichert     freiwillig krankenversichert     privat krankenversichert  
 nicht krankenversichert     beihilfeberechtigt     Sozialhilfeempfänger

9.2. Bei welcher Krankenkasse/privaten Krankenversicherung?

9.3. Bei welcher Versicherungsgesellschaft besteht für Sie eine weitere Einzel- oder Gruppen-Unfallversicherung (z. B. über den Arbeitgeber, eine Gewerkschaft, eine Innung, eine Kreditkarte etc.)?

Name der Versicherung

Straße    PLZ    Ort

Versicherungsscheinnummer    Schadennummer

Ist der Unfall dort gemeldet worden?     nein     ja

Name der Versicherung

Straße    PLZ    Ort

Versicherungsscheinnummer    Schadennummer

Ist der Unfall dort gemeldet worden?     nein     ja

9.4. Es besteht keine weitere Unfallversicherung

## 10. Allgemeine Hinweise und Empfangsbestätigung gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

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

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

10.3 Ich habe das dem Verein vorliegende bzw. im Internet unter [www.ARAG-Sport.de](http://www.ARAG-Sport.de) zugängliche Merkblatt zum Versicherungsschutz eingesehen.

10.4 Den Fristenhinweis und die „Wichtigen Hinweise zum Sport-Unfallversicherungsschutz“ habe ich erhalten.

10.5 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 7.2. und 7.4. 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.

10.6 Ich bestätigte, dass mir die Fristenbelehrung und der Informationsanhang zur Schadenmeldung ausgehändigt worden sind.

Datum

Unterschrift der verletzten Person

Ort

Unterschrift Ihres gesetzlichen Vertreters

Im Todesfall Unterschrift der Erben

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG · ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender

Vorstand: Christian Vogée (Sprecher), Uwe Grünewald, Zouhair Haddou-Temsamani, Katrin Unterberg

Sitz und Registergericht: Düsseldorf · HRB Nr. 10418 · USt-ID-Nr.: DE811125216

# Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Vereins-Kennziffer: 21 /

Unfalltag

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Name und Vorname der verletzten Person

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherungen benötigt die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass wir einen im Zusammenhang mit Ihrer Person stehenden Leistungsfall bearbeiten, an andere Stellen (vergleiche Ziffer 3) weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsprüfung und -bearbeitung erforderlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine Prüfung der geltend gemachten Leistungsansprüche in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung der Leistungsbearbeitung unentbehrlich sind. Der Widerruf kann zu einer Verzögerung bei der Leistungsprüfung und -bearbeitung führen.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

## 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG die von mir oder Dritten in diesem Leistungsfall und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten jeweils -wechselseitig- erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung und -bearbeitung dieses Leistungsfalles erforderlich ist.

## 2. 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, 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 Allgemeine Versicherungs-AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für die Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

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:

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-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, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden selbst oder durch die Actineo GmbH erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht, soweit meine /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen, die im Zusammenhang mit dem Leistungsfall stehen, an die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten /die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG an die Actineo GmbH (ggf. über die Actineo GmbH) an diese 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

Vereins-Kennziffer: 21 /

Name, Vorname des Verletzten

**Möglichkeit II:**

- Ich wünsche, dass mich die ARAG Allgemeine Versicherungs-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 /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, durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) 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 (ggf. über die Actineo GmbH) 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.

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG**

**3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ARAG Allgemeine Versicherungs-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. Die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bezieht sich auch auf die Tätigkeit des von uns beauftragten Dienstleisters (Actineo GmbH, Wankelstr. 33, 50996 Köln), der in gleicher Weise wie wir zur vertraulichen Behandlung Ihrer Angaben und der zu prüfenden Unterlagen, Daten und Informationen verpflichtet ist.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ggf. über die Actineo GmbH) 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, 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 (ggf. über die Actineo GmbH) 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.

**3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)**

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Leistungsfallbearbeitung, 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. Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG führt jeweils eine fortlaufende Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für sie erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG kann im Internet unter [www.arag.de/datenschutz](http://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 /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, 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. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, können wir an das HIS melden. Wir 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 die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die ARAG Allgemeine Versicherungs-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.

Ort/Datum	Unterschrift der verletzten Person
Ort/Datum	Unterschrift der gesetzlich vertretenden Person*
Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

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

## Informationsanhang zur Schadenmeldung

Bitte trennen Sie diesen Anhang mit wichtigen Hinweisen zu Fristen, Anspruchsvoraussetzungen und Folgen bei der Verletzung von Obliegenheiten ab und händigen Sie diesen dem Verletzten aus!

Vereins-Kennziffer: 21 /

Unfalltag

Meldetag

### Bestätigung über die Meldung Ihres Sportunfalls

Sehr geehrtes Mitglied,

die Meldung Ihres Sportunfalls wurde aufgenommen. Um eine zügige Schadenabwicklung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die Ihnen ausgehändigte Schadenmeldung (ab Seite 3 vollständig ausgefüllt und unterschrieben) unverzüglich beim

Versicherungsbüro beim  
Landessportbund Mecklenburg-Vorpommern e. V.  
40464 Düsseldorf  
Telefon 0385 489350-0  
E-Mail: vsbschwerin@ARAG-Sport.de

einzureichen.

Sollten Sie beim Ausfüllen Unterstützung benötigen, so steht Ihnen Ihr Verein sicher gern zur Verfügung. Wenn Sie später Rückfragen zu Ihrem Sportunfall haben, wenden Sie sich bitte direkt an das Versicherungsbüro. Geben Sie dabei bitte immer die oben genannte Vereins-Kennziffer oder später die Schadennummer an. Bitte heben Sie diese Informationen sorgfältig auf.

### Versicherungsleistungen in der Sport-Unfallversicherung

- Invaliditätsleistung
- Todesfallleistung
- Reha-Management
- Serviceleistungen
- Heilkosten

Nähere Informationen erhalten Sie unter [www.ARAG-Sport.de](http://www.ARAG-Sport.de)



## Fristenhinweis

1. 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.
  - Bei Kindern und Jugendlichen (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) wird die Frist zur Geltendmachung eines Invaliditätsanspruchs bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, höchstens jedoch auf 60 Monate nach dem Unfall verlängert.

**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.**

## Wichtige Hinweise zum Sport-Unfallversicherungsschutz

1. Rechnungen zu Heilbehandlungskosten (**auf Reisen**) sowie Transport- und Bergungskosten, Rechnungen zu Zahn- und Brillenschäden, Rückbeförderung/Überführung sowie Erstbeförderung sind vorab anderen Kostenträgern (zum Beispiel 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. Eigenanteile oder sonstige Zuzahlungen sind im Rahmen der Sportversicherung nicht erstattungsfähig.
2. Zahnbehandlungs- und Ersatzkosten im Rahmen der Heilkosten werden für die Dauer bis zu 2 Jahren – beginnend mit dem Tag des Unfalls – erstattet. Diese Frist wird bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.

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

Vereins-Kennziffer: 21 /

Name, Vorname des Verletzten

## Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall (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 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.

Vertragsgesellschaften des Landessportbundes Mecklenburg-Vorpommern e. V.:

**ARAG Allgemeine Versicherungs-AG**

ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf

**ARAG SE**

ARAG Platz 1 · 40472 Düsseldorf

Für den Versicherten



## Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

## Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG  
ARAG-Platz 1  
40472 Düsseldorf  
Telefon: 0211 98 700 700  
Fax: 0211 963 2850  
E-Mail-Adresse: [service@ARAG.de](mailto:service@ARAG.de)

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: [Datenschutz@ARAG.de](mailto:Datenschutz@ARAG.de)

## Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zwecke der Verarbeitung) und auf Basis welcher Rechtsgrundlagen?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes neue Fassung (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Presse, Internet, Handels- und Vereinsregister) zulässigerweise gewinnen oder die uns von anderen Unternehmen des ARAG Konzerns oder von sonstigen Dritten (z.B. Schuldnerverzeichnis, Melderegister) berechtigt übermittelt werden. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter: [www.ARAG.de/datenschutz](http://www.ARAG.de/datenschutz) abrufen.

Im Rahmen der Schadenbearbeitung haben wir Ihre personenbezogenen Daten direkt von Ihnen oder von einem Schadenbeteiligten erhalten. Diese Angaben zum Schaden werden bei uns verarbeitet. Dies ist z.B. erforderlich, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

## Eine Entscheidung über geltend gemachte Ansprüche oder die Bearbeitung eines Schadenfalls ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, wie z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Alle bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG verarbeiteten Daten nutzen wir für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten ist Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten in der Unfallversicherung) erforderlich sind, holen wir in der Regel Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein oder verarbeiten diese Daten auf der Grundlage von Art. 9 Abs. 2 f) DS-GVO. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur:

- Risiko und Geschäftssteuerung
- Optimierung unserer Geschäftsprozesse
- Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten

- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des ARAG-Konzerns und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können
- Klärung von möglichen Mehrfach- und Nebenversicherungen. Hierzu nehmen wir Kontakt mit den uns von Ihnen oder Dritten (z.B. Vorversicherer, Lebenspartner, Kundenbetreuer, etc.) mitgeteilten Versicherern auf
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Streitigkeiten
- Gewährleistung der Haus-, Anlagen- und IT-Sicherheit sowie des IT-Betriebs
- Videoüberwachung zur Wahrung des Hausrechts.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf [www.ARAG.de/datenschutz](http://www.ARAG.de/datenschutz) zu vor informieren.

## An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

### Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

### Beteiligte Gesellschaften:

Für die Übernahme von Versicherungsrisiken kann es erforderlich sein, dass wir eine oder mehrere weitere Versicherungsgesellschaften (Beteiligte Gesellschaften) an Risiken beteiligen müssen. Die beteiligten Gesellschaften nutzen Ihre Schadendaten dann ebenfalls zur Schadenabwicklung.

### Vermittler:

Soweit unser Kunde hinsichtlich seiner Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut wird, verarbeitet dieser die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten.

### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit wir Ihre Daten in Verbindung mit einem Schadenfall verarbeiten, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Schadenservice, zur Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleistungsliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

### Externe Auftragsverarbeiter und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie zur Wahrnehmung unserer eigenen berechtigten Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister. Die Microsoft Ireland Operations Limited stellt uns im Rahmen einer Auftragsverarbeitung insbesondere die Microsoftprodukte Windows, Office 365 und Azure zur Verfügung. Hierbei ist eine Datenspeicherung auf Servern in Europa vertraglich vereinbart.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter: [www.ARAG.de/datenschutz](http://www.ARAG.de/datenschutz) entnehmen.

### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

### Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

### Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Soweit Sie uns eine Einwilligung nach Art. 6 Abs.1 a) DS-GVO zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit, unter der o.g. Anschrift, widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Nordrhein-Westfalen  
Postfach 200444  
40102 Düsseldorf  
Telefon: 0211 38424-0  
Fax: 0211 38424-10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

### Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

### Wofür wird das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Versicherungswirtschaft genutzt?

Die Versicherungswirtschaft nutzt das HIS der informa HIS GmbH zur Sachverhaltsaufklärung bei der Schadenprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte der „Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO“ die als separate Anlage beigefügt ist. Sollten wir Ihre Daten im Fall von erhöhten Risiken in das HIS einmelden, werden Sie in jedem Fall hierüber von uns benachrichtigt.

### Holen wir Bonitätsauskünfte zu Ihrer Person ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, nutzen wir Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens. Sie befreien die ARAG insoweit vom Berufsgeheimnis (Geheimhaltungspflicht nach § 203 Strafgesetzbuch).

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen ist Artikel 6 Absatz 1 f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten betroffener Personen, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

### Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten in ein Drittland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: [www.ARAG.de/datenschutz](http://www.ARAG.de/datenschutz) abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

### Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden versicherte und nicht versicherte Sachverhalte geprüft.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

## Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage). Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten:  
[www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)

### Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

Die informa HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft. Sie verarbeitet darin personenbeziehbare Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und -schäden zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Versicherungsschadens bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

### Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die informa HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrages oder über die Regulierung von Schäden. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

### Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

### Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage oder der HIS-Einmeldung eines Versicherungsunternehmens werden von der informa HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage oder Einmeldung mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende bzw. einmeldende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung durch ein Versicherungsunternehmen, über die Sie gegebenenfalls von diesem gesondert informiert werden, speichert die informa HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwerissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein. Zu Fahrzeugen sind ggf. z. B. Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung gespeichert. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

### Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit. Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für HIS-Einmeldungen gelten folgende Speicherfristen:

- Personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen 10 Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

### Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Art. 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS, ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

**Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.**

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die informa HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sog. Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die informa HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre
- Ggf. FIN des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I. oder II. zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, das das Eigentum belegt (z. B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der informa HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: [www.informa-HIS.de/selbstauskunft/](http://www.informa-HIS.de/selbstauskunft/) bei der informa HIS GmbH beantragen.

### Kontaktinformationen des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

informa HIS GmbH  
Kreuzberger Ring 68  
65205 Wiesbaden  
Telefon: 0611/880870-0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der informa HIS GmbH ist zudem unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar: [datschutz@informa-his.de](mailto:datschutz@informa-his.de).



# Sport-Schadenmeldung

für Unfallschäden (auch Zahn- und Brillenschäden)

Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden an:

Versicherungsbüro beim  
Landessportbund  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
40464 Düsseldorf

1. Vereins-Kennziffer: 21 /
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)

Den **Ansprechpartner im Verein/Verband** bitten wir, die Abschnitte 1. bis 4. sorgfältig auszufüllen und die Angaben mit Vereins-/Verbandsstempel und Unterschrift zu bestätigen. Bitte ergänzen Sie auch die erste Seite des **Informationsanhangs** zur Schadenmeldung.

Um den Datenschutz zu gewährleisten, geben Sie danach der/dem **Verletzten** bitte die Möglichkeit zum selbstständigen Ausfüllen der persönlichen Daten und Erklärungen auf den Folgeseiten ab dem 5. Abschnitt.

Die vervollständigte Unfall-Schadenmeldung muss – in der Regel durch die verletzte Person – anschließend an das Versicherungsbüro geschickt werden. Bitte achten Sie darauf, dass die Unterschriften auf den Seiten 2 und 5 und auf der Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht fehlen.

**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 Ansprechpartners im Verein/Verband

## 1. Angaben des Vereins/Verbands zum Verletzten

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Ort
Mitgliedschaft im Verein/Verband:			
<input type="checkbox"/> ja	seit	<input type="checkbox"/> Zeitmitglied	seit bis
			<input type="checkbox"/> Nichtmitglied

## 2. Unfallhergang

2.1. Wann hat sich der Unfall ereignet?

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

2.2. Wo hat sich der Unfall ereignet?

Name der Sportstätte

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

2.3. Bei welcher Sportart?

Vereins-Kennziffer: 21 /

Name, Vorname des Verletzten

2.4. Schildern Sie bitte den Unfallhergang (Ursachen, Verlauf, Folgen – evtl. gesondertes Blatt verwenden)

[Empty text area for accident description]

3. Anlass des Unfalls:

3.1. Wie ist die Verletzung eingetreten?  beim Wettkampf zwischen [ ] und [ ]

- beim Mannschafts-/Gemeinschaftstraining
- bei der Vorbereitung bzw. Abnahme des Sportabzeichens
- bei einer sonstigen Vereins-/Verbandsveranstaltung\*:

[ ]

- auf dem Weg zu bzw. von einer Veranstaltung\*
- beim Einzeltraining\*

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

- als  aktiver Sportler
- Funktionär
  - Trainer, Übungsleiter, hauptamtlicher Mitarbeiter
  - Rehasport  Verordnung 56 lag vor (bitte beifügen)

[ ]

3.3. Ist der Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet worden?  ja  nein

Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft

[ ]

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

- ja  nein  Trainings- bzw. Sportstättenbelegungsplan \*\*
- schriftliche Einladung  Veranstaltungskalender
- Aushang  durch

\* Bitte die genaue Ankündigung, Einladung usw. beifügen!

\*\* Bitte aufbewahren, damit wir den Beleg ggfls. nachfordern können.

[ ]

4. Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands:

Der Informations-Anhang zu dieser Schadenmeldung wurde dem Verletzten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt. Ich habe die Unfallanzeige wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG (Version 2.0) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall habe ich erhalten.

Datum

[ ]

Ort

[ ]

Stempel und Unterschrift des Vereins/Verbands

[ ]