

Sport-Unfallmeldung LSB Berlin e.V.

Diese Informationsseite ist dem Verletzten durch den Verein auszuhändigen.

Vor- und Zuname des Verletzten: _____
Unfalltag: _____
Verein: SG Rotation Prenzlauer Berg e.V. LSB-Mitgliedsnummer: 3752

Versicherungsleistungen in der Sport-Unfallversicherung:

Grundleistungen:

Invalidität größer 20 %
Todesfall

Zuschüsse bei:

Brillen (bis zu 75,- €), Zahnschäden (bis zu 250,- € pro Zahn), Schäden an Hörgeräten (bis zu 400,- €),
Bergungskosten, Kurkostenbeihilfe, kosmetischen Operationen

Nicht versichert sind:

Heilbehandlung, Heilkostenersatz, Gebühren, Selbstbeteiligungen, Fahrtkosten, Krankenpflege,
Nachhilfeunterricht, Verlust von Brillen/Kontaktlinsen/Hörgeräten/Prothesen (auch Zahnprothesen)

Wenn Sie mit einer dauernden Beeinträchtigung aufgrund des Unfalles rechnen (Invalidität), beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Voraussetzung für eine Invaliditätsleistung ist, dass ein unfallbedingter Dauerschaden innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und nach weiteren 3 Monaten durch einen Arzt schriftlich festgestellt ist. Den Anspruch auf Invaliditätsleistung müssen Sie bis 15 Monate nach dem Unfall geltend gemacht haben.

Bitte melden Sie diesen Anspruch schriftlich an:

Feuersozietät Berlin Brandenburg, LSB - Schaden, 10913 Berlin

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

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheiten), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheiten). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet

Rückfragen:

Paetau Sports Versicherungsmakler GmbH, Alexanderstr. 5, 10178 Berlin, 030-238100-21,
info@paetausports.de, weitere Informationen zum Vertrag unter: www.thv-gruppe.de

Sport-Unfall-Schadenanzeige



FEUERSOZietät

Versicherungsnehmer
Landessportbund Berlin e.V.

**SG Rotation
Prenzlauer Berg e.V.**
Geschäftsstelle
Sredzkistr. 8 · 10435 Berlin
Tel.: 030/423 98 80
Fax: 030/260 74 674



PAETAU SPORTS
Alexanderstraße 5, 10178 Berlin
Telefon: (030) 23 81 00 21
Telefax: (030) 23 81 00 39

PAETAU SPORTS
Versicherungsmakler GmbH
Alexanderstraße 5
10178 Berlin

Name des Vereins

Anschrift des Vereins

LSB - Mitgliedsnummer

Ansprechpartner Telefon mit Vorwahl

Postleitzahl / Schadensort, z.B. Sportplatz, Turnhalle usw.

Straße, Hausnummer

Schadenstag Uhrzeit

Verletzte Person

Funktion im Verein aktives Mitglied passives Mitglied Kursteilnehmer Platzwart / Hausmeister
 hauptberuflich/angestellt nebenberuflich/angestellt nebenberuflich tätig Trainer, Reitlehrer
Übungsleiter

Zuname, Vorname Bearbeitung nur mit vollständigem Geburtsdatum möglich! Geburtsdatum

Telefon mit Vorwahl Email Ausgeübter Beruf

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort

Unfallursache und -hergang

Wie ereignete sich der Unfall? Diese Frage bitte so ausführlich beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt.
Reicht der Raum nicht aus, bitte Blatt beifügen.

Ereignete sich der Unfall während einer im Rahmen des Verbandes oder Vereins ausgeübten sportlichen Betätigung? nein ja

Bei welcher Sportveranstaltung? Sportart/Verband

Welcher Sportwart bzw. offiziell Beauftragte des Vereins oder Verbandes war bei dem Unfall zugegen?

Ist der Verletzte Mitglied eines Berliner Sportvereins? nein ja

Bei Verkehrsunfällen

Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt? (z.B. Pkw, Taxi, Fähre etc.)

War die verletzte Person im Besitz des erforderlichen Führerscheins? nein ja

Welche Personen waren am Unfall noch beteiligt?

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Zuständige Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen.

Verletzte Körperteile / Art der Verletzung

[Empty text box for injury details]

Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden? O nein O ja

Von wann bis wann? [Empty text box]

Wie lange wird die ärztliche Behandlung von heute an noch dauern oder seit wann ist sie abgeschlossen? [Empty text box]

Sind bereits Dauerfolgen (Invalidität) des Unfalls eingetreten? O nein O ja

Welche sind evtl. zu befürchten? [Empty text box]

An welchen Tagen und bei welchem Arzt hat sich die verletzte Person erstmals in Behandlung gegeben?

Datum Name und Anschrift des Arztes [Empty text box]

Welche Ärzte werden wegen des Unfalls außerdem noch in Anspruch genommen und ab wann?

Datum Namen und Anschriften der Ärzte [Empty text box]

War die verletzte Person zur Zeit des Unfalls mit einem Leiden oder Gebrechen behaftet? O nein O ja
Mit welchem Leiden oder Gebrechen?

[Empty text box for pre-existing conditions]

Welchen Arzt oder welche Ärzte hat sie in den letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen?

[Empty text box for previous doctors]

Aus welcher Veranlassung (Krankheit oder Unfall) und warum ist dies geschehen?

[Empty text box for cause of injury]

Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen? O nein O ja
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

[Empty text box for blood test results]

Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten? O nein O ja
Wann und welcher Art?

[Empty text box for previous accidents]

Hat sie dafür Entschädigungen erhalten? O nein O ja
Von wem?

[Empty text box for compensation]

Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen? O nein O ja
Wenn ja, bei welchem Versicherer? (Anschrift und Versicherungsschein-Nummer)

[Empty text box for private insurance]

Bei welchem Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung ist die verletzte Person versichert?

[Empty text box for statutory insurance]

Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung oder Familienversicherung gehört sie an?

[Empty text box for health insurance]

Wohin soll eine eventuelle Zahlung geleistet werden?

Kontoinhaber Kontonummer [Empty text box]

Bankleitzahl Geldinstitut [Empty text box]

Wichtiger Hinweis

Todesfälle bitte unverzüglich telefonisch melden! Werden Ansprüche geltend gemacht, ist diese Anzeige innerhalb von 2 Wochen nach dem Unfall ausgefüllt zurückzusenden.

Hinweis auf die 15-Monatsfrist

Der Verletzte und der Verein haben Kenntnis, dass eine Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer weiteren Frist von drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein muss!

Weitere wichtige Hinweise

Nach der Rechtssprechung des Bundesgerichtshofes ist folgender Hinweis erforderlich: Durch bewusst unwahre oder unvollständige Angaben verliert der Versicherungsnehmer / Versicherte auch dann den Versicherungsschutz, wenn dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Die Ärzte, die die verletzte Person behandeln, behandelt oder untersucht haben, sowie Versicherungsunternehmen, Versicherungsträger und Behörden werden ermächtigt, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Im Rahmen der vertraglichen Beziehungen werden die im Zusammenhang mit der Versicherung stehenden Daten bei den Gesellschaften gespeichert sowie an die betroffenen Rückversicherer übermittelt. Die Anschrift der speichernden Datenempfänger wird auf Verlangen mitgeteilt.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift des Vereinsvorstandes bzw. Sportwartes

Unterschrift der verletzten Person

SG Rotation
Prenzlauer Berg
Geschäftsstelle
Sredzkistr. 8 · 10435 Berlin
Tel.: 030/4239880
Fax: 030/26074674