Sport-Unfall-Schadenanzeige

Feuersozietät Öffentliche Leben

Paetau & Co. Büro Schachner KG
14467 Potsdam · Schopenhauerstraße 34
Telefon (03 31) 9 71 98 33
Telefax (03 31) 9 67 90 19

Versicherungsnehmer

Landessportbund Brandenburg e.V.
Geschäftsstelle

Schopenhauerstraße 34

14467 Potsdam

Name des Vereins

Anschrift des Vereins

LSB-Mitgliedsnummer

Ansprechpartner | Telefon mit Vorwahl

Postleitzahl/Schadenort, z.B. Sportplatz, Turnhalle u.s.w.

Straße, Hausnummer

Schadentag | 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 (privat) | Telefon mit Vorwahl (geschäftlich) | 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 eines im Rahmen des Verbandes oder des Vereins ausgeübten sportlichen Betätigung? ☐ nein ☐ ja

Bei welcher Sportveranstaltung? (Sportart angeben)

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

Ist der Verletzte Mitglied eines Brandenburger 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.

LSB 21 / 11.2001 / 6000

Verletzter Körperteil/Art der Verletzung?

Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden? ☐ nein ☐ ja

Von wann bis wann?

Wie lange wird die ärztliche Behandlung von heute an noch dauern oder seit wann ist sie abgeschlossen?

Sind bereits Dauerfolgen (Invalidität) des Unfalles eingetreten? ☐ nein ☐ ja

Welche sind evtl. zu befürchten?

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

Datum	Name und Anschrift des Arztes

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

Datum	Name und Anschriften der Ärzte

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

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

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

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

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

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

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

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

Welche Krankenkasse, Krankenversicherung oder Familienversicherung gehört sie an?

Wohin soll eine eventuelle Zahlung geleistet werden?

Kontoinhaber	Kontonummer

Bankleitzahl	Geldinstitut

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 Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist folgender Hinweis erforderlich: Durch bewußt unwahre und 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