

Information

Sport-Unfallmeldung Landesportbund Berlin e.V. Diese Informationsseite ist dem Verletzten durch den Verein auszuhändigen!

Vorname und Name der/des Verletzten

Unfalltag mit Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Verein

LSB Mitgliedsnummer

SC Kickers Berlin 08 e.V.

2918

Um Lesefehler zu vermeiden, verwenden Sie bitte KEINE Umlaute [ä-ö-ü]

Versicherungsleistungen in der Sport-Unfallversicherung

Grundleistungen: Invalidität größer 15 %; Todesfall

Zuschüsse bei:

Brillen (bis zu 75,- €), Zahnschäden (bis zu 5000,- € pro natürl. Zahn; 250,- € je künstlichen 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 6 Monaten durch einen Arzt schriftlich festgestellt ist. Den Anspruch auf Invaliditätsleistung müssen Sie bis 18 Monate nach dem Unfall geltend gemacht haben. Todesfälle sind innerhalb von 48 Stunden dem Versicherer anzuzeigen.

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.

Benötigen Sie weitere Informationen?

Wenden Sie sich bitte an

 defendo Assekuranzmakler GmbH

Ackerstraße 29

10115 Berlin

Fon +49 [0]30.374429614

Fax +49 [0]30.374429660

SPORT-UNFALL-SCHADENANZEIGE

Versicherungsnehmer Landesportbund Berlin e.V.

[bitte unbedingt angeben]

LSB Mitgliedsnummer

Versicherungs-Nr. UE-901-7868

2918

Bitte direkt an diese Adresse senden ! Vielen Dank !

Feuersozietät Berlin Brandenburg
Versicherung AG
- **LSB Schaden** -
10913 Berlin

Anschrift des Vereins

Postleitzahl und Ort

13051 Berlin

Anschrift des Vereins

Straße und Hausnummer

Ahrenschooper Str. 36 c/o Reiche

Ansprechpartner mit Telefon [für Rückfragen]

Email Adresse [für Rückfragen]

Postleitzahl - Schadenort [z.B. Turnhalle, Sportplatz usw.]

zum **Schadenort**

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Schadentag - Datum und Uhrzeit

Um Lesefehler zu vermeiden, verwenden Sie bitte KEINE Umlaute [ä - ö - ü]

Verletzte Person

aktives Mitglied

passives Mitglied

Funktion im Verein

Kursteilnehmer

Trainer/ Reitlehrer

Übungsleiter

Platzwart/Hausmeister

hauptberuflich/angestellt

nebenberuflich/angestellt

nebenberuflich/tätig

Name, Vorname

Straße , Hausnummer

Emailadresse

Geburtsdatum

Ausgeübter Beruf

Postleitzahl, Wohnort

Telefon [mit Vorwahl] tagsüber

Unfallursache und Unfallhergang - Wie ereignete sich der Unfall ?

Schildern Sie bitte exakt den Unfallhergang - [max. 6 Zeilen - möglichst mit Skizze]. Verwenden Sie bei Bedarf ein zusätzliches Blatt.

Ereignete sich der Schaden während einer im Rahmen des Verbandes oder Vereins ausgeübten sportlichen Betätigung?

JA NEIN

Bei welcher Sportveranstaltung ? [Sportart angeben]

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

Geben Sie bitte die **Art der Verletzung** an ! [Welche Körperteile wurden verletzt?]

 Zurücksetzen



Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden?

NEIN JA

Wann?

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

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

Datum Name des Arztes

Postleitzahl Adresse des Arztes

Welche Ärzte wurden wegen des Unfalls außerdem noch in Anspruch genommen und ab wann? [Verwenden Sie bei Bedarf ein zusätzliches Blatt]

Datum Name der Ärzte

Postleitzahl Adresse der Ärzte

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? [Verwenden Sie bei Bedarf ein zusätzliches Blatt]

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?

Zuständige Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen

Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten?

NEIN JA

Wann?

Welcher Art?

Hat sie dafür Entschädigungen erhalten?

NEIN JA

Von Wem?

Litt die verletzte Person zur Zeit des Unfalls an Krankheiten?

NEIN JA

An welchen?

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

Wann? Name der Ärzte

Postleitzahl Adresse der Ärzte

Wurde der Verletzten Person eine Blutprobe entnommen?

NEIN JA

Mit welchem Ergebnis?

Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen? NEIN JA

Bei welchem Versicherer?

[Versicherungsschein-Nummer]

Anschrift des Versicherers

Welcher Krankenkasse, Krankenversicherung oder Familienversicherung gehört sie an?

Bei Verkehrsunfällen



Wichtige Hinweise

Todesfälle bitte unverzüglich telefonisch melden unter +49 [0]30 26 33 333 !

Werden Ansprüche geltend gemacht, ist diese Anzeige **innerhalb von 2 Wochen nach dem Unfall** ausgefüllt zurückzusenden. 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!

Nach der Rechtsprechung 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.

Wohin soll eine eventuelle Zahlung geleistet werden?

BANKVERBINDUNG

Die Entschädigung soll überwiesen werden an:

Kontoinhaber

Bankinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum


 Zurücksetzen

Unterschrift des Vereinsvorstandes bzw. Sportwartes

Unterschrift der verletzten Person

HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DER SCHADENMELDUNG

1. Sie helfen uns, die Schadenbearbeitung zu beschleunigen, wenn Sie alle für die Beurteilung des Schadensgeschehens maßgeblichen Fragen möglichst ausführlich beantworten.
2. Vergessen Sie bitte nicht, die Schadenanzeige zu unterzeichnen. Veranlassen Sie bitte auch, dass das auf Schadenersatz in Anspruch genommene Vereinsmitglied die Schadenanzeige unterschreibt.
3. Fügen Sie der Schadenmeldung bitte alle Ihnen eventuell vorliegende Schadenbelege (Rechnungen, Kostenvorschläge etc.) sowie die mit dem Anspruchsteller gewechselte Korrespondenz bei.
4. Beachten Sie bitte, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie die Schadenersatzansprüche des Anspruchstellers anerkennen oder befriedigen.
5. Wurde der Vorgang bereits einem Rechtsanwalt übergeben, fügen Sie bitte den bisherigen Schriftverkehr bei.

 Drucken