PAETAU SPORTS
Versicherungsmakler GmbH

FEUERSOZIETÄT

Sport-Unfallmeldung LSB Brandenburg e.V.

Diese Informationsseite ist dem Verletzten durch den Verein auszuhändigen.

Vor- und Zuname des Verletzten:_____
Unfalltag:_____
Verein: _____ LSB-Mitgliedsnummer: _____

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 Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.
Verletzten 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. 1, 10178 Berlin, 030-238100-18, info@paetausports.de, weitere Informationen zum Vertrag unter: www.thv-gruppe.de

Sport-Unfall-Schadenanzeige

FEUERSOZIETÄT

Versicherungsnehmer
Landessportbund Brandenburg e.V.

PAETAU *SPORTS*
Versicherungsmakler GmbH

PAETAU *SPORTS*
Alexanderstraße 1, 10178 Berlin
Telefon: (030) 23 81 00 18
Telefax: (030) 23 81 00 28

PAETAU *SPORTS*
Versicherungsmakler GmbH
Alexanderstraße 1

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
O aktives Mitglied
O hauptberuflich/angestellt
O passives Mitglied
O nebenberuflich/angestellt
O Kursteilnehmer
O nebenberuflich tätig
O Platzwart / Hausmeister
O 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? O nein O 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 Brandenburger Sportvereins? O nein O 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? O nein O ja

Welche Personen waren am Unfall noch beteiligt?

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

Verletzte Körperteile / Art der Verletzung

Hat eine stationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden? O nein O 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 Unfalls eingetreten? O nein O ja

Welche sind evtl. zu befürchten?

An welchen Tagen und bei welchem Arzt hat sich die verletzte Person erstmals in Behandlung gegeben?
Datum Name und Anschrift des Arztes

Welche Ärzte werden wegen des Unfalls außerdem noch in Anspruch genommen und ab wann?
Datum Namen und Anschriften der Ärzte

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

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

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

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

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

Welcher 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 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