

## Sport-Unfallmeldung LSB Berlin e.V.

Diese Informationsseite ist dem Verletzten durch den Verein auszuhändigen.

Vor- und Zuname des Verletzten: _____
Unfalltag: _____
Verein: <i>Charlottenburger TSV v. 1898</i> LSB-Mitgliedsnummer: <i>0990</i>

### 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](mailto:info@paetausports.de), weitere Informationen zum Vertrag unter: [www.thv-gruppe.de](http://www.thv-gruppe.de)

# Sport-Unfall-Schadenanzeige



**FEUERSOZietät**

Versicherungsnehmer  
Landessportbund Berlin e.V.



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  
Charlottenburger TSV v. APS e.V.

Anschrift des Vereins  
Krumme Str. 12, 10585 Berlin

LSB - Mitgliedsnummer  
0990

Ansprechpartner Telefon mit Vorwahl  
Geschäftsfelle 030-93931741

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

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 Unfalls eingetreten?

nein  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?

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?

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 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.**

**Unterschriften**

Ort, Datum

Unterschrift des Vereinsvorstandes bzw. Sportwartes

Unterschrift der verletzten Person