

# Sport-Unfall-Schadenanzeige



**Versicherungsnehmer**  
Landessportbund Brandenburg e.V.



PAETAU SPORTS  
Schopenhauerstr. 34, 14467 Potsdam  
Telefon: (0331) 9 71 98 33  
Telefax: (0331) 9 67 90 19

**PAETAU SPORTS**  
Versicherungsmakler GmbH  
**Schopenhauerstrasse 34**  
  
**14467 Potsdam**

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 (privat) Telefon mit Vorwahl (geschäftl.) 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 angeben)

[ ]

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

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

Bankleitzahl	Geldinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 Dateempfänger wird auf Verlangen mitgeteilt.**

**Unterschriften**

Ort, Datum

Unterschrift des Vereinsvorstandes bzw. Sportwartes

Unterschrift der verletzten Person