

**SPORT-UNFALL-SCHADENANZEIGE**

Versicherungsnehmer LandesSportbund Brandenburg e.V.

[bitte unbedingt angeben]

LSB Mitgliedsnummer

Versicherungs-Nr. UE-901-7869

Anschrift des Vereins

Postleitzahl und Ort

Bitte direkt an diese Adresse senden! Vielen Dank!

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

 Mail: [schaden@feuersozietaet.de](mailto:schaden@feuersozietaet.de)  
 Betreff: UE-901-7869

Anschrift des Vereins

Straße und Hausnummer

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

**Verletzte Person**

aktives Mitglied

passives Mitglied

**Funktion im Verein**

Kursteilnehmer

Trainer/ Reitlehrer

Übungsleiter

Platzwart/Hausmeister

hauptberuflich/angestellt

nebenberuflich/angestellt

nebenberuflich/tätig

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ausgeübter Beruf

Straße , Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Emailadresse

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.]**

Bei Verkehrsunfällen  
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?

[Zurücksetzen](#)

## **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 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.

## **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 Schadengeschehens maßgeblichen Fragen möglichstausführlich 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.