



FEUERSOZIETÄT

UE - 901 - 7869

defendo
Assekuranzmakler GmbH

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen und beantworten!

SPORT-UNFALL-SCHADENANZEIGE

Versicherungsnehmer Landessportbund Brandenburg e.V.

Feuersozietät Berlin Brandenburg
Versicherung AG
LSB-Schaden
10913 Berlin

Name des Vereins

FSV Viktoria Brandenburg 1990 e. V.

Anschrift des Vereins

Der Werder 17, 14774 BRANDENBURG

LSB-Mitgliedsnummer (bitte unbedingt angeben!)

51 00 30

Ansprechpartner

Telefon mit Vorwahl

Herr Müller

(03381) 70 07 02

Postleitzahl/Schadenort z.B. Sportplatz, Turnhalle usw.

Straße, Hausnummer

Schadentag

Uhrzeit

Verletzte Person

- ☐ aktives Mitglied ☐ passives Mitglied ☐ Kursteilnehmer ☐ Platzwart/Hausmeister ☐ hauptberuflich/angestellt
☐ nebenberuflich/angestellt ☐ nebenberuflich tätig ☐ Trainer, Reitlehrer ☐ Übungsleiter

Funktion im Verein

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon mit Vorwahl (privat)

Telefon mit Vorwahl (gesch.)

Ausgeübter Beruf

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

☐ JA ☐ NEIN

Bei welcher Sportveranstaltung? (Sportart angeben)

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

Bei Verkehrsunfällen

Welches Verkehrsmittel hat die verletzte Person benutzt? (z.B. Pkw, Taxi, Fährer etc.)

War die verletzte Person im Besitz des erforderlichen Führerscheins?

☐ JA ☐ NEIN

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? ☐ JA ☐ NEIN

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? ☐ JA ☐ NEIN

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 wurden 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? ☐ JA ☐ NEIN

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) ist dies geschehen?

Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten? ☐ JA ☐ NEIN

Wann und welcher Art?

Hat sie dafür Entschädigungen erhalten? ☐ JA ☐ NEIN

Von wem?

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

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

Geldinstitut

Bankleitzahl

Wichtige Hinweise

Todesfälle bitte unverzüglich telefonisch melden unter (030) 26 33-3 33! 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Vereinsvorstandes bzw. Sportwartes

Unterschrift der verletzten Person