

**INFORMATION**

**Sport-Unfallmeldung LSB Brandenburg e.V.** Diese Informationsseite ist dem Verletzten durch den Verein auszuhändigen!

Vor- und Zuname des Verletzten	Unfalltag
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verein	LSB-Mitgliedsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Versicherungsleistungen in der Sport-Unfallversicherung**

**Grundleistungen:** Invalidität größer 15 %; Todesfall

**Zuschüsse bei:** Brillen (bis zu 75,- €), Zahnschäden (bis zu 5000,- € pro natürl. Zahn; 250,- € je künstlichen 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. Todesfälle sind innerhalb von 48 Stunden dem Versicherer anzuzeigen.

**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. Verstößen 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.

## UNFALLVERSICHERUNG DES LSB

### Versicherte Personen

- Aktive und passive Mitglieder der Vereine
- Ehrenamtliche und nebenberufliche Aufsichtspersonen (Vereins- und Fachverbandsfunktionäre, Übungsleiter (Trainer), Sportlehrer, Organisationsleiter, Jugendleiter, Betreuer), die den satzungsgemäß bestimmten Organen und Institutionen angehören, sowie Personen, die durch den Vorstand des Vereins ständig oder vorübergehend mit der Wahrnehmung bestimmter Funktionen im Rahmen der Aufgaben des Vereins beauftragt sind.
- Schieds-, Kampf- und Zielrichter
- Nicht-Vereinsmitglieder,
  - die vom Vorstand des Vereins als Helfer zur Durchführung satzungsgemäßer Veranstaltungen beauftragt werden,
  - die am Trainings-/Übungsbetrieb des Vereins unter Leitung eines beauftragten Übungsleiters oder Sportwarts mit dem Ziel teilnehmen, nach einem Monat dem Verein beizutreten. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nur auf Unfälle vom Beginn bis zum Ende des Trainings-/Übungsbetriebes. Die Wege zu und von den Trainings-/Übungsstätten sind nicht mitversichert.
  - Als Begleiter/Betreuer von Kindern und Jugendlichen bei Veranstaltungen, die im Auftrag der Vereine durchgeführt werden,
  - Als Begleiter/Betreuer von Behindertensportgruppen bei Veranstaltungen, die im Auftrag der Vereine durchgeführt werden,
  - Als Teilnehmer an einmaligen Trimmaktionen (z.B. Crossläufe, Spielfeste), die vom LSB und den Vereinen durchgeführt werden.

### Umfang des Versicherungsschutzes

**Unfallbegriff** Ein Sportunfall liegt vor, wenn das Mitglied während seiner unmittelbaren Betätigung einen Unfall erleidet. Die Betätigung muss innerhalb der satzungsgemäßen Zwecke oder der sich auch sonst aus dem Vereinszweck ergebenden Veranstaltungen erfolgen und zwar örtlich begrenzt auf die jeweils genutzte Wettkampf-, Übungs- oder Veranstaltungsstätte. Die direkten Wege zu und von den jeweiligen Wettkampf- bzw. Übungsstätten sind mitversichert.

**Veranstaltungen** Alle Mitglieder genießen Versicherungsschutz während der Teilnahme an Verbands- oder Vereinsveranstaltungen, Lehrgängen, Besichtigungen, Empfängen, Wanderungen und sonstigen geselligen Zusammenkünften.

**Wegerisiko** Versicherungsschutz besteht jeweils während der Veranstaltungen einschließlich der direkten Wege zum und vom Veranstaltungsort.

**Arbeitsdienst** Versichert sind alle Vereinsmitglieder auch bei unentgeltlichen Arbeitsdiensten auf dem Vereins- bzw. Verbandsgelände, sofern diese vom Verein bzw. Verband angeordnet werden.

**Sonderrisiken** Für Mitglieder der Motorsportvereine bzw. Motorbootsportvereine besteht bei Fahrtveranstaltungen Versicherungsschutz, sofern es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

**Schützenvereine** Versicherungsschutz besteht für Mitglieder der Schützenvereine gemäß § 27 Abs. 1 Satz 2 Waffengesetz; Waffengesetz-Artikel 1, Gesetz zur Neuregelung des Waffenrechts vom 11.10.2002.

**Ausschlüsse** Kein Versicherungsschutz besteht bei privaten Übungen, Ferienmaßnahmen und Vergnügungsfahrten. Kein Versicherungsschutz besteht für Berufssportler (hier greift der Versicherungsschutz der VBG). Kein Versicherungsschutz besteht für das gewerbliche Personal, hauptberufliche Turn- und Sportlehrer sowie Trainer in ihrer hauptamtlichen Tätigkeit (hier greift der Versicherungsschutz der VBG).

### Leistungen/Versicherungssummen

Für alle Versicherten gilt:

Invaldität	€ 35.000
Tod	€ 5.000
Bergungskosten	€ 50.000
Kosmetische Operationen	€ 50.000
Kurkostenbeihilfe	€ 1.000

Eine Invaliditätsentschädigung wird nur fällig, wenn der Invaliditätsgrad mehr als 15% beträgt. Führt ein Unfall zu einer Invalidität von mehr als 75%, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.

**Zahnschäden** Bei Zahnschäden wird für die Behandlung oder den Ersatz natürlicher Zähne bis max. € 5.000 je Zahn geleistet. Bei Beschädigung oder Reparatur von künstlichen Zähnen (Inlays, Onlays, Kronen) bis max. € 250,00 je Zahn. Dies gilt, soweit keine andere Erstattungsmöglichkeit besteht. Für beschädigte Zahnspangen werden die Reparaturkosten bis zu € 500,00 gezahlt. Der Verlust von Zahnprothesen ist nicht versichert.

**Brillen/Kontaktlinsen** Für - bei der aktiven Sportausübung - beschädigte Brillen oder Kontaktlinsen wird ein Betrag bis zu € 75,00 gezahlt, soweit keine anderweitige Erstattungsmöglichkeit besteht. Der Verlust von Brillen und Kontaktlinsen ist nicht versichert.

**Hörgeräte** Für - bei der aktiven Sportausübung - beschädigte Hörgeräte wird ein Betrag bis zu € 400,00 gezahlt, soweit keine anderweitige Erstattungsmöglichkeit besteht. Der Verlust von Hörgeräten ist nicht versichert.

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

Anschrift des Vereins

LSB-Mitgliedsnummer (bitte unbedingt angeben!)

Ansprechpartner

Telefon mit Vorwahl

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

Straße, Hausnummer

Schadentag

Uhrzeit

 Verletzte Person  
 Funktion im Verein

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

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

Telefon mit Vorwahl (privat)

Telefon mit Vorwahl (gesch.)

Ausgeübter Beruf

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

 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, Fähre 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

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen und beantworten!

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