

VDST Verband Deutscher Sporttaucher e.V.
Berliner Str. 312, D-63067 Offenbach
Tel. +49 (0)69 – 9819025 Fax +49 (0)69-98190298
www.vdst.de info@vdst.de

Ihr Gesprächspartner

Schadennummer

Verein

Name und Anschrift des Vereins

Versicherungsschein-Nummer
22-5783846

Name des Ansprechpartners

Telefon (mit Vorwahl)

E-Mail-Adresse

Welchem Landessportverband gehört Ihr Verein an?

Ist die verletzte Person Vereinsmitglied?

VDST-Mitgliedsnummer

nein ja, seit:

Verletzte Person

Vollständiger Name und Anschrift

Geburtsdatum

jetziger Beruf

Telefon (mit Vorwahl)

E-Mail-Adresse

Unfallschilderung

Unfalltag

Uhrzeit

Unfallort

Handelt es sich um einen Wegeunfall?

ja nein

An welcher Veranstaltung nahm der/die Verletzte teil? (z.B. Wettkampf, Training)

Einzeltraining Mannschaftstraining

Dauer der Veranstaltung

Wer hat die Teilnahme angeordnet?

Beginn (Uhrzeit):

Ende:

In welcher Eigenschaft nahm der/die Verletzte teil? (z.B. aktives Mitglied, Vorstand, Ausbilder)

Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die –ursache ausführlich (ggf. gesondertes Blatt verwenden).

Waren andere Personen bei dem Unfall dabei (Zeugen)?

Vollständiger Name und Anschrift des/der Unfallzeugen

ja nein

Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden?

Polizei-Dienststelle/Staatsanwaltschaft

Tagebuch-Nr./AZ der Staatsanwaltschaft

ja nein

Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor oder unmittelbar
nach dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?

ggf. wann?

Blutprobe

Ergebnis Promille:

ja nein

ja nein

Verkehrsunfall

Die folgenden Punkte sind nur bei Verkehrsunfällen auszufüllen.

amtliches Kennzeichen: _____ Fahrzeugart: _____ Fahrgestell-Nr.: _____

Vollständiger Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers: _____

Hatte der Fahrzeuglenker zum Unfallzeitpunkt einen gültigen Führerschein? ja nein

Führerschein-Klasse: _____ ausstellende Behörde: _____ Listen-Nr.: _____

Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken? ja nein

Wurde eine Blutprobe entnommen? ja nein Ergebnis Promille: _____

Stand der Fahrzeuglenker unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ja nein

Schadensnummer

Ärztliche Behandlung, Vorerkrankungen

Erster Behandlungstag/Uhrzeit	Erstbehandelnder Arzt mit Anschrift (bzw. Name und Anschrift des Krankenhauses)
Weiterbehandelnder Arzt mit Anschrift	Zeitraum der vollstationären Behandlung von - bis
Art und Umfang der Verletzungen	Wieder arbeitsfähig seit /ab
War die verletzte Person vor dem Unfall vollständig gesund? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welche Folgen aus früheren Unfällen oder Krankheiten, Gebrechen, Kriegs-/Wehrdienstbeschädigungen bestehen/bestanden?	
Grad der Behinderung (GdB) vor dem Unfall	Pflegestufe (vor dem Unfall)

Weitere Versicherung, Bankverbindung

Besteht für die verletzte Person eine weitere Unfallversicherung (z.B. Schutzbrief, Sportverein, Arbeitgeber, andere Versicherer)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name, Anschrift und Vertrags-Nr./Schaden-Nr. des weiteren Unfallversicherers		
Bestand bereits früher Unfallversicherungsschutz? erfolgt?	Bei welcher Gesellschaft?	Sind bereits früher Leistungen
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet worden?	Welcher?	Krankenkasse der verletzten Person
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zahlungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:	IBAN	Geldinstitut
	BIC	Name des Kontoinhabers

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß und schicken Sie uns die Unfallanzeige unverzüglich zurück und erteilen Sie uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte in gleicher Weise.

Verletzen Sie eine dieser Verhaltenspflichten (Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten) vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Schuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Was Sie im Einzelnen bei uns versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben. Auf die folgenden wichtigen Punkte möchten wir Sie jetzt noch einmal aufmerksam machen.

Invaliditätsleistung:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung setzt voraus, dass die körperliche/geistige Leistungsfähigkeit oder eine Gliedmaße/ein Sinnesorgan durch den Unfall auf Dauer beeinträchtigt ist (Invalidität). Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde.

Weitere Leistungsarten:

Beachten Sie bei weiteren Leistungsarten bitte unbedingt die im Versicherungsschein vermerkten Fristen.

Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)	Unterschrift des Vereins
-----------	---	--------------------------