

# Schadenanzeige zur Sport-Unfallversicherung



**VDST Verband Deutscher Sporttaucher e.V.**  
Berliner Str. 312, D-63067 Offenbach  
Tel. +49 (0)69 - 981902 5 Fax +49 (0)69 - 981902 98  
[www.vdst.de](http://www.vdst.de) [info@vdst.de](mailto:info@vdst.de)

Ihr Gesprächspartner

Schadennummer

## Verein

Name und Anschrift des Vereins	Versicherungsschein-Nummer
Welchem Landessportverband gehört Ihr Verein an?	Ist die verletzte Person Vereinsmitglied? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Mitglied seit:

## Verletzte Person

Vollständiger Name und Anschrift	Geburtsdatum	jetziger Beruf
----------------------------------	--------------	----------------

## Unfallschilderung

Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort	Wegeunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
An welcher Veranstaltung nahm der/die Verletzte teil (z.B. Wettkampf, Training)?		<input type="checkbox"/> Einzeltraining	<input type="checkbox"/> Mannschaftstraining		
Dauer der Veranstaltung Beginn (Uhrzeit):	Ende:	Wer hat die Teilnahme angeordnet?			
In welcher Eigenschaft nahm der/die Verletzte teil? (z.B. aktives Mitglied, Vorstand)					
Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die -ursache ausführlich (Namen/Anschriften von Unfallzeugen bitte angeben).					
Ist der Unfall polizeilich aufgenommen worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Polizei-Dienststelle / Staatsanwaltschaft	Tagebuch-Nr. / AZ der Staatsanwaltschaft			
Hat die verletzte Person in den letzten 12 Stunden vor oder unmittelbar nach dem Unfall Alkohol, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ggf. wann?	Blutprobe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis	Promille:
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?					
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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Bei welcher Gesellschaft?	Sind bereits früher Leistungen erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Wichtig!</b> Krankenkasse der verletzten Person	Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Welcher?		
Zahlungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:	Kontonummer	Geldinstitut			
Bankleitzahl		Name des Kontoinhabers			

**Wichtiger Hinweis: Beachten Sie bitte, dass bewusst (vorsätzlich) unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Dies gilt auch dann, wenn dem Versicherer daraus kein Nachteil entsteht.**

## Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift des Verletzten oder im Todesfall seiner Erben (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-----------	---	---------------------------------------

## Hinweise für den Schadenfall

Was Sie im Einzelnen bei uns versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben. Wichtig ist, dass Sie uns möglichst genau mitteilen, wie sich der Unfall ereignet hat und welche Verletzungen eingetreten sind.

Im Schadenfall gibt es sowohl in Ihrem Versicherungsvertrag als auch im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Obliegenheiten, die Sie beachten sollten. Sie gefährden sonst möglicherweise Ihren Versicherungsschutz. Auf die wichtigsten 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.

## Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben und Bescheinigungen überprüft, die ich zur Begründung meiner Ansprüche mache oder einreiche.

Des Weiteren ist mir bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, die folgende pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben. Ich habe stattdessen die Möglichkeit, die von der HDI-Gerling Firmen und Privat Versicherung AG für die Anspruchsprüfung benötigten Unterlagen auf konkrete Einzelanforderung hin auch selbst zu beschaffen oder im Einzelfall über eine Entbindung von der Schweigepflicht nach freiem Ermessen zu entscheiden. Von dieser Möglichkeit mache ich jedoch keinen Gebrauch.

Ich entbinde mit dieser Erklärung alle Ärzte, Krankenhäuser und Angehörigen von Heilberufen, Behörden, andere Versicherungsgesellschaften und ggf. die Berufsgenossenschaft und sonstige Sozialversicherungsträger von ihrer Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Ferner stimme ich einer Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an einen ärztlichen Gutachter zu. Bei Beanspruchung vertraglich vereinbarter Pflegeleistungen stimme ich der Überlassung meiner medizinischen Unterlagen an den beauftragten Dienstleister zu.

Diese Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir zu jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

## Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift des Verletzten oder im Todesfall seiner Erben (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)	Unterschrift des Versicherungsnehmers
-----------	---	---------------------------------------