



# VDST TAUCHSPORT- VERSICHERUNG

Die beste Tauchsport-Versicherung,  
die wir je hatten!



VDST e.V. – Berliner Str. 312 – 63067 Offenbach  
Tel. 069-98 19 02 – 5  
[info@vdst.de](mailto:info@vdst.de)

# Welche Leistungen beinhaltet die Versicherung?

## HDI GERLING

### Sportversicherungsvertrag

- **Tauchunfall, -haftpflicht- und -rechtsschutz-Versicherung**  
Haftpflicht und Rechtsschutz nur, wenn für dieses Risiko kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.
- **Umfang der Unfallversicherung**  
Bei der Ausübung des Tauchsports. Tauchgang beginnt und endet mit dem Anlegen bzw. Ablegen der Tauchausrüstung oder dem betreten des Bootes und endet mit dem Verlassen des Gewässers bzw. des Bootes. Darüber hinaus ist der direkte Weg zwischen Tauchbasis und Tauchplatz sowie der direkte Weg zurück, inkl. des Einstiegs in das Transportmittel, mitversichert und die Pausen zwischen den Tauchgängen eines Tages.. Herzinfarkt oder Schlaganfall unter Wasser sind kein Tauchunfall.
- **Ausschlüsse:**  
Alleine Tauchen
- **Einschränkung:**  
Apnoe-Tauchen - nur versichert wenn nach VDST Richtlinien getaucht wird.  
Technisches Tauchen - nur versichert wenn ein Brevet vom VDST oder anerkannter Verbände vorhanden ist.
- **Zusätzlich versichert sind:**  
Umweltschutz und Unterwasserarchäologie - ehrenamtlich  
TL Assi – ehrenamtlich

- max Reisedauer 56 Tage (kann ab 57. Tag verlängert werden)
- akut med. Versorgung
- med. notwendiger Rücktransport
- Kostenübernahmeerklärung bei Krankenhausaufenthalt und Druckkammer
- Druckkammerbehandlung Ausland 100%
- **Hotline - MD Medicus**
- 25 VDST-Taucherärzte nach GTÜM
- 24 Stunden Bereitschaft (2 Ärzte)
- Konferenzschaltung
- Dolmetscher
- Dauerhafte Betreuung

### Länger als 56 Tage auf Reisen ..... was dann

Für jeden einzelnen Tag, den Sie länger im Ausland bleiben, können Sie Tag genau Ihren Versicherungsschutz ab dem 57. Tag individuell verlängern:

bei einer Reisedauer von Tage	für Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	für Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben
57 bis 90	1,40 €	7,50 €
57 bis 180	1,40 €	Nicht versicherbar *
57 bis 365	1,70 €	Nicht versicherbar *

- (maximal für eine Gesamtreisedauer von 1 Jahr bzw. 90 Tagen).

### Abrechnung von Auslandsrechnungen:

EUROPA Versicherung AG  
Abteilung Sonderverträge  
Piusstr. 137, 50931 Köln  
Vertragsnummer GR 08300

## Europa Auslandsreisekrankenversicherung mit Hotline

**+49 69 800 88 616**

# Versicherungsleistungen

## HDI Gerling-Sportunfallversicherung

Versicherte bis zum 70. Lebensjahr, die eine empfohlene Tauchtauglichkeitsuntersuchung (TTU) vornehmen lassen, erhalten erhöhte Leistungen im Invaliditätsfall- und im Bereich von Heilkostenersatz (siehe Tabelle). Mitglieder die das 70. Lebensjahr vollendet haben müssen bei einem Unfall immer die Tauchtauglichkeit nachweisen.

Versicherte	Tod Euro	Invalidität Euro	Heilkosten* Euro	Bergung Euro
bis zum v. 16. Lebensjahr	5.000	Ohne TTU 30.000 - 45.000 <b>Mit TTU 40.000 – 60.000</b>	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000
vom v. 16. bis zum v. 67. Lebensjahr (nicht verheiratet)	7.500	Ohne TTU 30.000 - 45.000 <b>Mit TTU 40.000 – 60.000</b>	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000
vom v. 16. bis zum v. 67. Lebensjahr (verheiratet**)	10.000	Ohne TTU 30.000 - 45.000 <b>Mit TTU 40.000 – 60.000</b>	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000
vom v. 16. bis zum v. 67. Lebensjahr (mit bis zu 2 unterhaltsberechtigten Kindern)	13.000	ohne TTU 30.000- 45.000 <b>Mit TTU 40.000 – 60.000</b>	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000
vom v. 16. bis zum v. 67. Lebensjahr (mit 3 und mehr unterhaltsberechtigten Kindern)	15.000	Ohne TTU 30.000 - 45.000 <b>Mit TTU 40.000 – 60.000</b>	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000
vom v. 67. Lebensjahr an (nicht verheiratet)	2.000	20.000 – 30.000	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000
vom 67. Lebensjahr an (verheiratet**)	4.000	20.000 – 30.000	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000
vom v. 67. Lebensjahr an (mit bis zu 2 unterhaltsberechtigten Kindern)	5.000	20.000 – 30.000	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000
vom v. 67. Lebensjahr an (mit 3 und mehr unterhaltsberechtigten Kindern)	5.000	20.000 – 30.000	Ohne TTU 7.500 <b>Mit TTU 15.000</b>	15.000,

\*\* eheähnliche Gemeinschaften sind gleichgestellt

**Ambulante und stationäre Deko- Behandlungskosten im In- und Ausland werden zu 100% übernommen**

## **HDI Gerling-Haftpflichtversicherung Bei der Ausübung des Tauchsports**

Persönliche gesetzliche Haftpflicht aus der Ausübung des Tauchsports, um begründete Ansprüche zu befriedigen und unbegründete Ansprüche abzuwehren.

### **Ausschlüsse**

Ansprüche aus Sachschäden an der Tauchausrüstung.

Jeder Tauchsportler sollte über eine Privat-Haftpflichtversicherung verfügen, um derartige Schäden versichert zu wissen.

Schäden an gemieteten, geleasteten oder geliehenen Sachen und Verlust von Gegenständen.

Diese Schäden sind auch nicht im Rahmen der Privat-Haftpflichtversicherung versichert und auch nicht versicherbar.

Ausbildung im Bundesverband

## **HDI Gerling- Rechtsschutzversicherung Bei der Ausübung des Tauchsports**

### **Schadenersatz - Rechtsschutz**

Für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegenüber Dritten

### **Straf – Rechtsschutz**

Für die Verteidigung wegen des Vorwurfes eines Vergehens

Ausschluss: verkehrsrechtliche Vergehen

**Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz** für die Verteidigung wegen des Vorwurfes einer Ordnungswidrigkeit

Ausschluss: verkehrsrechtliche Vergehen

### **Ausschluss**

Versicherungsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen

- als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Fahrer von KFZ aller Art
- gewerbliche Nebenbetriebe der Versicherten
- gegen die VDST Service GmbH, den VDST und mitversicherte Personen

Formulare und Versicherungsverträge sind auf der VDST Homepage hinterlegt



# Schadenformular zur Einreichung von Behandlungskosten im Ausland

**EUROPA Krankenversicherung AG**  
Piusstr. 137, 50931 Köln

**Sehr geehrte EUROPA-Kundin, Sehr geehrter EUROPA-Kunde,**

Ihren Leistungsantrag wollen wir schnell bearbeiten. Um Rückfragen zu vermeiden, bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen und die aufgeführten Unterlagen vollständig einzureichen.

GR-8300 VDST Mitglieds-Nr.:

---

Vor- und Zuname

---

Anschrift

---

**Konto für Leistungsauszahlungen:**

Kontoinhaber

KTN

BLZ

---

Name und Ort des Geldinstituts

---

**Für die Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen bzw. Angaben:**

- ✓ Nachweis aus dem der Antritt der Reise deutlich hervorgeht (Buchungsbestätigung, Flugticket / Zugticket, o. ä)
- ✓ Originalrechnungen. Sofern Sie diese vorab bei einem anderen Versicherungsträger zur Erstattung eingereicht haben, bitten wir um Zusendung von Fotokopien auf denen dieser seine Leistung vermerkt hat (Originalvermerk).
- ✓ Falls auf Belegen einzelne Angaben fehlen und nicht erhältlich sind, nehmen Sie bitte selbst entsprechende Ergänzungen vor. Angaben wie zum Beispiel Untersuchung, Labor und/oder Medikamente reichen zur Beurteilung des Leistungsanspruches nicht aus. Vermerken Sie bitte die genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose).
- ✓ Zu den bezogenen Medikamenten / Hilfsmitteln / Heilmitteln die entsprechenden ärztlichen Verordnungen.
- ✓ Besteht anderweitig Versicherungsschutz bei Auslandsreisen? Wenn ja bitte ankreuzen:
  - über den ADAC
  - mit einer Kreditkarte (Eurocard, Visa usw.) erworbener Versicherungsschutz
  - oder durch eine anderweitige Krankenversicherung; bitte ggf. Name, Anschrift der Gesellschaft sowie die Versicherungsnummer angeben:
- ✓ Handelt es sich um einen Unfall durch Eigen- / Fremdverschulden? Bitte ggfls. kurze Unfallschilderung.

---

Datum und Unterschrift

**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](http://www.vdst.de) [info@vdst.de](mailto:info@vdst.de)

Ihr Gesprächspartner  
Schadennummer

**Verein**

Name und Anschrift des Vereins		Versicherungsschein-Nummer <b>22-5783846</b>
Name des Ansprechpartners	Telefon (mit Vorwahl)	E-Mail-Adresse
Welchem Landessportverband gehört Ihr Verein an?	Ist die verletzte Person Vereinsmitglied? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	VDST-Mitgliedsnummer

**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? <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, Ausbilder)			

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

Waren andere Personen bei dem Unfall dabei (Zeugen)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vollständiger Name und Anschrift des/der Unfallzeugen		
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:

**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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Führerschein-Klasse: _____	ausstellende Behörde: _____	Listen-Nr.: _____
Hatte der Fahrzeuglenker Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde eine Blutprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis Promille: _____
Stand der Fahrzeuglenker unter Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bei welcher Gesellschaft?	Sind bereits früher Leistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welcher?	Krankenkasse der verletzten Person
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 Verschuldens 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
-----------	---	--------------------------