

## MELDUNG UNFALL / UNVORHERGESEHENE ERKRANKUNG

Bitte senden Sie dieses Formular zusammen mit Originalbelegen, Rechnungen oder Quittungen an:

IDA Insurance Ltd – DAN Building • Level 1 • Sir Ugo Mifsud Street Ta'Xbiex, XBX 1431, Malta.

Kopien können an folgende E-Mail Adresse gesendet werden: [claims@idassure.eu](mailto:claims@idassure.eu). Bitte füllen Sie alle zutreffenden Felder vollständig aus.

**\*\* Pflichtfelder.**

### EINEN ANTRAG AUF VERSICHERUNGSLEISTUNGEN STELLEN:

Bitte befolgen Sie die Anweisungen genau, um sicher zu gehen, dass Ihr Antrag auch schnell und effizient bearbeitet werden kann.

1. Alle Vorfälle sollten DAN Europe International Emergencies, National Emergencies oder IDA Insurance Ltd – Claims Department, @ [claims@idassure.eu](mailto:claims@idassure.eu) umgehend, nach Eintreten des Unfalls / der Erkrankung mitgeteilt werden.
2. Es ist Ihre Pflicht nachzuweisen, dass Ihr Anspruch gültig ist. Dazu bitten wir Sie, alle Informationen, der versicherung alle Informationen, die zur Bearbeitung Ihres Antrags benötigt werden, auf eigene Kosten zur Verfügung zu stellen.
3. Wir raten Ihnen, diesen Antrag sowie aller weiteren Belege, die Sie an IDA Insurance Ltd – Claims Department senden, als Kopie für Ihre eigenen Unterlagen aufzubewahren.

#### DAN MITGLIEDS-DATEN:\*\*

NAME \_\_\_\_\_

DAN-ID. \_\_\_\_\_

STÄNDIGER WOHNSTZIT \_\_\_\_\_

#### BEI ANTRAG AUF VERSICHERUNGSLEISTUNGEN FÜR TAUCH- / NICHT-TAUCHBEDINGTE UNFÄLLE / UNERWARTETER ERKRANKUNG AUSZUFÜLLEN:

**MIT WEM HABEN SIE ZUERST DAN Europe**  
**KONTAKT AUFGENOMMEN? \*\***

INTERNATIONAL EMERGENCIES

NATIONAL EMERGENCIES

ANDERE: (BITTE ANGEBEN) \_\_\_\_\_

**ERSTER BEHANDELNDER ARZT?**

(Adresse, fax, telefon, e-mail) \_\_\_\_\_

**ERSTE BEHANDLUNGSEINRICHTUNG?**

(Adresse, fax, telefon, e-mail) \_\_\_\_\_

**ANDERE BEHANDLUNGSEINRICHTUNGEN /**

**ÄRZTE?**

(Adresse, fax, telefon, e-mail) \_\_\_\_\_

**IHR HAUSARZT?**

(Adresse, fax, telefon, e-mail) \_\_\_\_\_

HABEN SIE NOCH ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGEN? \*\*

NEIN

JA

WENN JA, GEBEN SIE BITTE DEREN VOLLSTÄNDIGE DATEN AN

(name/n und kontakt-daten der versicherung, versicherungsnummer/n, kopien der versicherungsverträge, usw.)

	VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT 1	VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT 2
NAME	_____	_____
ADRESSE	_____	_____
TEL / FAX	_____	_____
E-MAIL	_____	_____
VERTRAGS-NR.	_____	_____

HABEN SIE DEN UNFALL / DIE UNERWARTETE ERKRANKUNG IHRER/N ANDEREN VERSICHERUNG/EN BEREITS MITGETEILT?

NEIN  JA

Bitte entsprechendes Feld ankreuzen, für welches Sie die Meldung einreichen:\*\*

TAUCHVORFALL  NICHT TAUCHBEDINGTER VORFALL

### ANGABEN ZUM TAUCHUNFALL

DATUM DES UNFALLS ..... / ..... / .....  SHORE DIVE  BOAT DIVE  LIVEBOARD / SAFARI BOAT  
tt mm jjjj

LAND DES UNFALLS UND ORT .....

ZERTIFIKATIONSSTUFE ..... ZERTIFIZIERENDE ORGANISATION .....

TAUCHBUDDY ODER UNFALLZEUGE .....  
(NAME, TEL./FAX, E-MAIL)

### ANGABEN ZUM TAUCHGANG

ANZAHL DER TAUCHTAGE ..... ANZAHL DER TAUCHGÄNGE IN DIESEM ZEITRAUM .....

MAXIMALE TAUCHTIEFE IN DIESEM ZEITRAUM (IN METER) .....

ANZAHL DER TAUCHGÄNGE AM UNFALLTAG ..... OBERFLÄCHENPAUSE ZWISCHEN DEN TAUCHGÄNGEN (MIN.) .....

MAXIMALE TAUCHTIEFE DES LETZTEN TAUCHGANGS (IN METER) .....

DAUER DES LETZTEN TAUCHGANGS (MIN.) ..... BESCHWERDEN ODER KRANKHEITSSYMPTOME  
 VOR DEM LETZTEN TAUCHGANG  NEIN  JA

GRUNDZEIT DES LETZTEN TAUCHGANGS (MIN.) .....

DEKO-STOP UNTERLASSEN  NEIN  JA SCHNELLER AUFSTIEG  NEIN  JA

#### GASGEMISCH AM GRUND:

LUFT  NITROX ..... %  
 TRIMIX  HELIOX

#### TAUCHFLASCHEN-TYP

MONOFLASCHE  DOPPELFLASCHENGERÄT  
 TAUCHFLASCHEN-GRÖSSE: .....

#### BENUTZTES TAUCHGERÄT:

SCUBA, OC (OFFENES SYSTEM)  ANDERE:

SCR (HALBGESCHLOSSENER KREISLAUF)

CCR (GESCHLOSSENER KREISLAUF) BAILOUT

MANUAL CONTROL  ELECTRONIC CONTROL TAUCHFLASCHEN-GRÖSSE:

REBREATHER: (ART ANGEBEN)

#### BENUTZTER TAUCHCOMPUTER:

ELEKTRONISCHES TAUCHPROFIL VORHANDEN?  NEIN  JA

**BITTE LEGEN SIE DEM ANTRAG EINE KOPIE IHRES ELEKTRONISCHEN TAUCHPROFILS BEI (FALLS VORHANDEN/MÖGLICH)**

PROBLEME MIT DER  
 TAUCHAUSRÜSTUNG?  NEIN  JA

### NICHT-TAUCHBEDINGTER UNFALL / UNVORHERGESEHENE ERKRANKUNG

DATUM DES UNFALLS ODER DER ERSTEN SYMPTOME ..... / ..... / .....  
tt mm jjjj

UNFALLSORT (LAND) ODER LAND WO DIE ERSTEN SYMPTOME AUFTRATEN .....

TAG DES REISEANTRITTS ..... / ..... TAG DER GEPLANTEN RÜCKKEHR INS LAND IHRES STÄNDIGEN WOHNSITZES ..... / .....  
Datum an welchem Sie Ihr Wohnsitzland verlassen haben tt mm jjjj

HABEN SIE AUßER DIESER REISE NOCH ANDERE REISEN  
 AUßERHALB DES LANDES IHRES STÄNDIGEN WOHNSITZES WÄHREND DER LETZTEN 12 MONATE UNTERNOMMEN?  NEIN  JA

WENN JA, DANN BITTE DIE ANZAHL DER REISETAGE ANGEBEN ..... TAGE

#### IM FALLE EINES MOTORRADUNFALLS:

HATTEN SIE ODER DER FAHRER, FALLS SIE LEDIGLICH MITFAHRER WAREN, EINEN GÜLTIGEN MOTORRADFÜHRERSCHEIN?  NEIN  JA

WELCHE MOTORLEISTUNG HATTE DAS MOTORRAD?

## MELDUNG UNFALL / UNVORHERGESEHENE ERKRANKUNG

BESCHREIBUNG DER UMSTÄNDE, REIHENFOLGE DER EREIGNISSE, DIE ZUM UNFALL ODER DER UNERWARTETEN ERKRANKUNG GEFÜHRT HABEN, FÜR DIE SIE EINEN ANTRAG AUF VERSICHERUNGSLEISTUNGEN STELLEN - **\*\* Pflichtfelder**

### Wichtige Informationen zum Datenschutz:

Der Versicherer und seine Schwestergesellschaften verarbeiten persönliche Daten gemäß den gültigen Datenschutzrichtlinien und – gesetzen. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Nutzung Ihrer Daten für die folgenden oder für ähnliche Zwecke, die mit den gültigen Gesetzen vereinbar sind und ihnen nicht widersprechen, zu:

- i. Zur Aktualisierung der Unterlagen (manuell oder elektronisch) des Versicherers und/oder seiner Schwestergesellschaften;
- ii. Zur Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrags, zur Untersuchung, Handhabung und Befriedigung Ihrer Ansprüche, zur Feststellung, Vorbeugung und Bekämpfung von Betrug und zur Erstellung von anonymen Statistiken;
- iii. Zur Übermittlung von Daten zwischen dem Versicherer und seinen Schwestergesellschaften, inklusive VING Insurance Brokers Ltd und Divers Alert Network (DAN) Europe;
- iv. Zur Einsicht in Ihre medizinischen Unterlagen. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der vollständigen Herausgabe Ihrer Daten durch Ärzte, Krankenhäuser, Laboreinrichtungen oder andere Versicherungsgesellschaften an den Versicherer oder seiner Schwestergesellschaften zu;
- v. Um Sie, ohne dazu verpflichtet zu sein, über neue, von uns angebotene Leistungen oder Änderungen der Gesetzte, Versicherung oder Vorgehensweisen, die für Sie interessant sein könnten per E-Mail, Fax oder anderen elektronischen Medien zu informieren.

Weiterhin bestätigen Sie, dass Sie das Recht haben, jederzeit Zugang zu Ihren persönlichen Daten zu erhalten.  
Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte schriftlich an IDA Insurance Ltd – Claims Department.

**Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und vollständig gemacht habe.**

**Unterschrift** .....

**Datum** .....

tt mm jjjj

\*Für E-Mail Rücksendung, einfach nur Ihren Namen im Unterschriftfeld eintippen.

– Handschriftlich unterzeichnetes Formular bitte per Post einreichen.

(Siehe S. 1 – „EINEN ANTRAG AUF VERSICHERUNGSLEISTUNGEN STELLEN“ Punkt 3)