



DECKUNGSBESTÄTIGUNG

Landeskader und Nicht-Landeskader inkl. internationales Wettbewerbsrisiko (die "DB")

Durch Übermittlung dieser DB wird seitens des/der Athlet:in und des Versicherers bestätigt, dass die nachfolgenden Deckungssummen und Mindestinhalte in der Unfallversicherung des/der Athlet:in entsprechend abgedeckt sind.

Es wird daher bestätigt, dass für

Vorname/Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr _____

PLZ / Ort _____

Ski Austria-Mitgliedsnummer _____

Kader/Disziplin _____

Versichert bei (Versicherungsunternehmen) _____

(der/die "**Athlet:in**")

im Zeitraum vom 01.06.2025 bis zum 31.05.2026 ein Unfallversicherungsschutz besteht, der folgende Deckungssummen und Mindestinhalte abdeckt:

Bergungskosten	EUR	15.000,-
Unfallkosten (ambulante Heilkosten inkl. Krankentransport u. Verlegungskosten innerhalb Österreichs)	EUR	3.000,-
Unfalltod	EUR	15.000,-
Invalidität ab 20% des Gesamtkörpers	EUR	75.000,-
600 % Progression, Leistung bis max.	EUR	450.000,-
Unfall- Lebensrente	EUR	1.000,-
monatliche Leistung ab 50% Gesamtkörperinvaliditätsgrad		
Notfallservice im Ausland (Behandlungskosten im Ausland nach Krankheit und Unfall)	EUR	150.000,-
Rückholkosten aus dem Ausland		unbegrenzt
TOP-Service		
Informationskette nach einem Unfall an hinterlegten Notfallkontakt		inkludiert

In diesem Zusammenhang wird zudem bestätigt, dass die für den/die Athlet:in bestehende Unfallversicherung das internationale Wettbewerbsrisiko sowie Wegeunfälle, Trainingsunfälle und Unfälle bei sonstigen Ski Austria Sportarten (die bspw als Ausgleichssport betrieben werden) abdeckt.

ÜBERMITTLUNG DER AUSGEFÜLLTEN UND UNTERFERTIGTEN DB

Die ausgefüllte und entsprechend allseitig unterfertigte DB ist bitte als PDF-Scan an Fr. Jasmin Mitterdorfer und den jeweiligen Skiverband per Mail an

jasmin.mitterdorfer@squiaustria.at

zu übermitteln.

Ski Austria behält sich insbesondere bei Streichungen bzw Änderungen der in dieser DB angegebenen Inhalte oder bei nicht ordnungsgemäßer Unterfertigung dieser DB das Recht vor, die DB nicht anzuerkennen.

BESTÄTIGUNG DURCH DEN/DIE ATHLET:IN

Der/die Athlet:in bestätigt, dass die in dieser DB gemachten Angaben korrekt und richtig sind. Sollten sich gemachte Angaben ändern, wird der/die Athlet:in Ski Austria umgehend verständigen.

_____, am _____

Athlet:in
(ggf. vertreten durch die/den gesetzliche:n Vertreter:in)

BESTÄTIGUNG BZW ANGABEN DURCH DEN VERSICHERER

Um bei allfälligen Schadenfällen im Ausland eine rasche und unkomplizierte Abwicklung zu ermöglichen bzw einen medizinisch notwendigen Rücktransport unverzüglich und unkompliziert einzuleiten und für eine unkomplizierte Direktverrechnung der stationären Kosten zu sorgen, bitten wir um Angabe einer entsprechenden 24-Stunden Hotline (auch am Wochenende):

24h-Hotline _____

Der unterfertigende Versicherer bestätigt

-----> den aufrechten Versicherungsschutz gemäß den oben dargestellten Mindestdeckungssummen und damit die Deckung aller sich hieraus allenfalls ergebenden Ansprüche für den/die Athlet:in unter der folgenden Polizzenummer bzw vorläufigen Deckungsnummer:

**Polizzenummer/
vorläufige De-
ckungsnummer** _____

-----> dass er für den Zeitraum vom 01.06.2025 bis zum 31.05.2026 auf jegliche Kündigung der vorangeführten Polizza verzichtet.

_____, am _____

Versicherer