

Kundeninformation zur Unfallversicherung

Verbraucherinformation

Erläuterungen und Hinweise

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Besondere Bedingungen

(Stand 01.06.2013)

Inhaltsverzeichnis	Seite
Verbraucherinformation zur DEVK-Unfallversicherung	3 - 4
A. – Erläuterungen und Hinweise	5 - 9
B. – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2013 Fassung DEVK Stand 2013-06-01)	10 - 16
C. – Besondere Bedingungen Aktiv-Schutz	17 - 19
D. – Besondere Bedingungen Komfort-Schutz	19 - 23
E. – Besondere Bedingungen Premium-Schutz	24 - 29
F. – Besondere Bedingungen Unfallrente	30 - 31
G. – Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes bei der Unfallrente (Unfallrente Plus)	32 - 33
H. – Besondere Bedingungen für die verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung	34
I. – Besondere Bedingungen für die Berufsunfallversicherung	34
J. – Besondere Bedingungen für Reha- und Assistanzenleistungen	35 - 37
K. – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die DEVK Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus – (AKiUB 2013 Fassung DEVK Stand 2013-06-01)	38 - 45
L. – Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn“	46 - 47
 ■ – Merkblatt zur Datenverarbeitung	

Verbraucherinformation zur DEVK-Unfallversicherung

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Vertragspartner ist, je nachdem welche berufliche Tätigkeit Sie ausüben oder bei welchem Arbeitgeber oder Dienstherrn Sie beschäftigt sind, der

DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G., Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Alexander Kirchner

Vorstand: Friedrich W. Gieseler (V), Robert Etmans, Engelbert Faßbender, Gottfried Rüßmann, Bernd Zens

Riehler Straße 190

50735 Köln

Sitz des Vereins: Köln, Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 8234

USt-IdNr. DE 122 808 997

oder die

DEVK Allgemeine Versicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Wolfgang Zell

Vorstand: Friedrich W. Gieseler (V), Engelbert Faßbender, Bernd Zens

Riehler Straße 190

50735 Köln

Sitz der Gesellschaft: Köln, Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 7935

USt-IdNr. DE 811 201 404

Welches Unternehmen Ihren Versicherungsvertrag führt, ergibt sich aus dem Versicherungsschein und den jeweiligen Satzungen der Unternehmen.

Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit der DEVK und welche Aufsichtsbehörde ist für die DEVK zuständig?

Die beiden oben genannten DEVK-Unternehmen betreiben u. a. folgende Versicherungen:

- die Unfallversicherung (Allgemeine Unfallversicherung und Kfz-Unfallversicherung)
- die Haftpflichtversicherung
- die Kfz-Haftpflichtversicherung
- Sonstige Kfz-Versicherungen (Vollkasko- und Teilkaskoversicherung)
- die Feuer- und Sachversicherung (Feuer-, Einbruch-Diebstahl-, Leitungswasser-, Glas-, Sturm-, Verbundene Hausrat-, Verbundene Gebäude-, Caravan-Universal-, Reisegepäck-, Elementar- und Allgafahrenversicherung)

Die zuständige Aufsichtsbehörde für diese beiden DEVK-Unternehmen ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

- Bereich Versicherungen –

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

Was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

Welche Leistungen der Versicherer im Versicherungsfall zu erbringen hat, ergibt sich aus der jeweiligen Versicherung, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Ein Überblick des Leistungsspektrums finden Sie in den Hinweisen und Erläuterungen, die dieser Verbraucherinformation folgen.

Generell regeln sich die gegenseitigen Rechte und Pflichten nach dem von Ihnen gestellten Antrag, dem Versicherungsschein, den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Unternehmenstarifen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Besonderen Bedingungen, den Zusatzbedingungen, den Erläuterungen und Klauseln, die im Versicherungsantrag angegeben sind bzw. auf die im Versicherungsantrag oder Versicherungsschein verwiesen wird. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Regelungen.

Sollten Sie Mitglied des DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsvereins a.G. sein, gilt für ihr Vertragsverhältnis zusätzlich die Satzung.

Stellen Sie fest, dass Sie die aufgeführten Vertragsunterlagen nicht oder nicht vollständig besitzen, bitten wir Sie, sich an Ihre zuständigen Regionaldirektion zu wenden.

Welche Leistungen Ihre jeweilige Versicherung umfasst und wann unsere Entschädigungszahlung im Schadenfall fällig wird, entnehmen Sie bitte den jeweiligen Erläuterungen und Hinweisen sowie den geltenden Versicherungsbedingungen. Die Versicherungsbedingungen sind Bestandteil der Ihnen vorliegenden Kundeninformation und sind in diesem Heft abgedruckt.

Wie hoch ist der Gesamtpreis der Versicherung und welcher Beitrag entfällt bei Abschluss von mehreren selbstständigen Versicherungsverträgen auf die einzelnen Versicherungen?

Die von Ihnen zu entrichtenden Beiträge ergeben sich aus den zum Vertragsschluss gültigen Unternehmenstarifen, die für Ihre Person maßgeblich sind. Die konkrete Höhe des Beitrags können Sie dem Antrag entnehmen, den Sie bei Antragsstellung als Kopie zusammen mit dieser Kundeninformation erhalten. Sollten Sie bei uns mehrere Versicherungen beantragt haben, werden die einzelnen Beiträge im Antrag und Versicherungsschein einzeln ausgewiesen. Die im Antrag und Versicherungsschein genannten Beiträge enthalten die Versicherungssteuer, in der zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses gültigen Höhe.

Wann und wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Hinweise und Erläuterungen zur Fälligkeit und Zahlung des Erst- und Folgebeitrags können Sie dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen entnehmen. Die mit Ihnen vereinbarte Zahlungsweise des Beitrags wird von uns zum Fälligkeitszeitpunkt beachtet.

Welche der Ihnen erteilten Informationen sind befristet?

Die Informationen zum Versicherungsvertrag sind solange wirksam, wie der mit Ihnen geschlossene Versicherungsvertrag unverändert bestehen bleibt. Spätere Änderungen im Versicherungsschutz, die von Ihnen beantragt werden, können auch Änderungen bei den Vertragsinformationen nach sich ziehen.

Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsvertrag wird durch einen Antrag von Ihnen angebahnt. Bei Antragstellung erhalten Sie rechtzeitig vor Ihrer Unterschrift eine Durchschrift des Versicherungsantrags, die in dieser Kundeninformation zusammengefassten Verbraucherinformationen, die Erläuterungen und Hinweise sowie die Versicherungsbedingungen, die dem künftigen Vertrag zugrunde liegen, um Ihnen auf diese Weise eine Prüfung des gewünschten Versicherungsschutzes zu ermöglichen.

Bei einem Antrag, der auf Ihren Wunsch hin telefonisch bei uns eingeht und der deswegen eine rechtzeitige Information in Textform (schriftlich oder in anderer lesbarer Form) vor Ihrer Vertragserklärung nicht zulässt, erhalten Sie die zuvor genannte Kundeninformation unverzüglich nach Vertragsschluss zusammen mit dem Versicherungsschein. Dies gilt auch bei einer Antragsstellung durch ein anderes Fernkommunikationsmittel, welches eine rechtzeitige Information vor Ihrer Vertragserklärung aufgrund der technischen Gegebenheiten nicht zulässt.

Wir prüfen sodann Ihren Antrag nach Eingang bei der DEVK und entscheiden, ob wir ihn in der von Ihnen gestellten Form annehmen können. Erhalten Sie von uns einen Versicherungsschein und widerrufen Sie ihre Vertragserklärung nicht, kommt der Versicherungsvertrag zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt zum beantragten Datum, wenn Sie den Erstbeitrag rechtzeitig und unverzüglich zahlen. Nähere Einzelheiten hierzu und die Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung können Sie dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen entnehmen.

Wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen und welche Folgen hat ein wirksamer Widerruf?

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: DEVK Versicherungen, Riehler Straße 190, 50735 Köln.

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Beitrag in Höhe von 1/360 des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags, der sich aus dem Versicherungsschein ergibt. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzung (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise
Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Wie lange läuft der Vertrag und welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie?

Die Versicherung wird zunächst bis zum 1. Januar des folgenden Jahres, nachts 00:00 Uhr, und für das gesamte nächste Kalenderjahr abgeschlossen. Mit dem Ablauf der Vertragszeit verlängert sich der Vertrag um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem anderem Vertragspartner eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

Nach einem Versicherungsfall kann innerhalb eines Monats (Eingang beim Empfänger) unter den in den entsprechenden Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen gekündigt werden. Nähere Einzelheiten hierzu und weitere außerordentliche Kündigungsmöglichkeiten können Sie den Versicherungsbedingungen entnehmen.

Welches Recht und welche Vertragssprache wird angewandt?

Für das Versicherungsverhältnis und die vorvertraglichen Beziehungen gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die Vorabinformationen, der Vertragsabschluss und die Kommunikation mit Ihnen während der Vertragslaufzeit erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Welche Hilfe können Sie bei Fragen oder Meinungsverschiedenheiten mit uns in Anspruch nehmen?

Sollten Sie Fragen haben, hilft Ihnen unsere für Sie zuständige Regionaldirektion weiter. Wenn Sie mit der Bearbeitung Ihres Anliegens oder Versicherungsfalls nicht zufrieden sind, können Sie sich aber auch wenden an:

Den Vorstand der	oder	an die
DEVK Versicherungen		Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Riehler Straße 190		- Bereich Versicherungen -
50735 Köln		Graurheindorfer Straße 108
		53117 Bonn

Die DEVK ist zudem Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Dies setzt u. a. voraus, dass die DEVK Ihrer Beschwerde nicht abgeholfen hat, kein Beschwerdeverfahren bei der BaFin anhängig ist und zum Beschwerdegegenstand noch kein gerichtliches Verfahren eingeleitet wurde.

Sie erreichen den Ombudsmann unter:

Telefon: 0800 3696000 (Anruf aus dem deutschen Telefonnetz kostenfrei)
Fax: 0800 3699000 (Fax aus dem deutschen Telefonnetz kostenfrei)
Postfach: 08 06 32, 10006 Berlin
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. Welches Gericht für Klagen gegen uns zuständig ist, können Sie den Versicherungsbedingungen entnehmen.

A. – Erläuterungen und Hinweise zur Unfallversicherung

In dieser Unterlage wird auf eine parallele Nennung beider Geschlechtsformen der besseren Lesbarkeit wegen verzichtet. Die andere Form ist ausdrücklich mit gemeint (z. B. Sportler/Sportlerin).

Alle fünf Sekunden passiert irgendwo in Deutschland ein Unfall. Sechs Millionen Menschen werden jährlich verletzt, 35.000 finden sogar den Tod. In den meisten Fällen stehen Sie ohne private Vorsorge schutzlos da, denn die gesetzliche Unfallversicherung leistet nur bei Unfällen während der Arbeitszeit, im Kindergarten, in der Schule oder Universität. Hausfrauen oder Freiberufler haben keinerlei gesetzlichen Unfallversicherungsschutz. 70 Prozent aller Unfälle ereignen sich jedoch in der Freizeit, bei Kindern sogar 80 Prozent. Hier greift die gesetzliche Unfallversicherung in keinem Fall, sondern nur die private Vorsorge durch eine DEVK-Unfallversicherung.

Mit dem Abschluss einer privaten Unfallversicherung treffen Sie eine wichtige Vorsorgeentscheidung, weil nur sie dazu beiträgt, dass Sie bei einem schweren Invaliditätsfall Ihren bisherigen Lebensstandard beibehalten können. Sie leistet immer dann, wenn durch einen fremd oder eigen verschuldeten Unfall eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit eingetreten ist und damit auf Dauer empfindliche Einkommenseinbußen drohen. Hiervon hängt nicht nur die eigene Sicherheit, sondern oftmals die Zukunft der ganzen Familie ab.

Der wertvolle private Unfallversicherungsschutz ist auch dann erforderlich, wenn bereits eine Kranken-, Haftpflicht- und Sozialversicherung besteht, da diese Versicherungsarten andere Leistungsziele verfolgen oder andere Gefahrenbereiche abdecken und eine finanzielle Absicherung des Lebensstandards nicht ausreichend gewährleisten können.

Wer kann eine private Unfallversicherung bei der DEVK abschließen?

Versichert werden – in dem jeweils für das Lebensalter gültigen Tarif – Personen ab der vollendeten Geburt. Da der Unfallversicherungsschutz im Alter besonders wichtig ist, führt die DEVK bestehende Unfallversicherungen unverändert fort. Ausnahme: Die Unfallrente für Kinder und die „Erweiterte Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus –“ kann erst ab dem vollendeten 1. Lebensjahr abgeschlossen werden und endet ohne Kündigung zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Wer kann keine private Unfallversicherung bei der DEVK abschließen?

Nach § 3 der AUB sind Geisteskranke und dauernd pflegebedürftige Personen nicht versicherbar. Geisteskrank im versicherungsrechtlichen Sinne sind solche Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung weitgehend vom öffentlichen Leben ausgeschlossen sind, die Verantwortung für sich selbst nicht mehr übernehmen können, sodass ein Betreuer bestellt ist oder einer ständigen Beaufsichtigung bedürfen. Als pflegebedürftig gelten die Personen, die für die üblichen Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen.

Aufgrund ihrer **beruflichen Tätigkeit** werden nicht versichert:

- Artisten, Akrobaten, Tierbändiger (Dompteure), Stuntmen, Testfahrer
- Profisportler (auch Rennfahrer, Rennreiter, Jockey), die durch den Sport ihren Lebensunterhalt bestreiten und ihn zeitmäßig wie einen Beruf ausüben
- Berufstaucher oder Tauchlehrer

Wer kann nur *eingeschränkt* versichert werden?

Personen, die an Vorerkrankungen/Behinderungen leiden, die Verschlimmerungen von Unfallfolgen befürchten lassen, können u. U. nur eingeschränkt versichert werden. Hierzu zählen insbesondere Personen mit:

- Diabetes
- Epilepsie und sonstige Anfallsleiden
- Wirbelsäulen- und Bandscheibenerkrankungen
- Netzhauterkrankungen
- Schwerbehinderte und Pflegebedürftige, sowie Personen für die ein Betreuer bestellt ist
- Berufs-, Erwerbs- und dienstunfähige Personen

Eine spezielle Risikoprüfung aufgrund der beruflichen Tätigkeit ist erforderlich bei:

- Spezialeinheiten bei Polizei, Bundespolizei und Bundeswehr (z. B. SEK, MAK, KSK, GSG)
- Kampfmittelräumdienst, Sprengpersonal
- Offshorepersonal, Hochseefischer, Angehörige der Seeschifffahrt auf großer Fahrt
- Personenschützer, Leibwächter (Bodyguard), Geld- und Werttransportbegleiter
- Personen, die nur gelegentlich beruflich tauchen
- Berufs- und Privatflieger (Piloten), beruflich fliegendes Personal (z. B. Stewardessen)

Wo und wann schützt die private Unfallversicherung?

Weit über die gesetzliche Unfallversicherung hinaus gilt die DEVK-Unfallversicherung mit Vollschutzdeckung in der ganzen Welt und rund um die Uhr, also in allen üblichen Lebenslagen, z. B.:

- im Haus
- im Straßenverkehr
- bei der Arbeit und auf dem Weg von und nach dorthin
- in der Freizeit
- beim Sport, auch im Verein
- im Urlaub

Was bietet die private Unfallversicherung?

Um die finanziellen Folgen von Unfällen aufzufangen oder zumindest abzumildern, können folgende Leistungsarten vereinbart werden. Hierbei muss entweder die Invaliditätsleistung oder die Unfallrente im Vertrag versichert werden.

Die nachstehenden Leistungsarten verschaffen Ihnen einen ersten Überblick. Sie sind weder ausführlich noch abschließend. Bestandteil sind u. a. die Versicherungsbedingungen.

- **Invaliditätsleistung**

Wenn als Folge eines Unfalls die körperliche und/oder die geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt wird (Invalidität), wird bei vollständiger Invalidität die volle, bei Teilinvalidität der dem Grad der Invalidität entsprechende Teil der Versicherungssumme als Kapital, gezahlt. Die Bemessung des Invaliditätsgrads richtet sich nach der „Gliedertaxe“ in § 7 I. (2) a) der AUB, sofern Körperfunktionen dort nicht aufgeführt sind, nach den Feststellungen in einem ärztlichen Gutachten.

Haben Sie sich für die Absicherung der Invaliditätsleistung entschieden, so können Sie unter drei verschiedenen Produktvarianten – Aktiv-, Komfort- oder Premium-Schutz – wählen.

Erweiterung der Invaliditätsleistung

Um den bei hohen Invaliditätsgraden besonders großen Finanzbedarf abzusichern, bietet die DEVK ihren Versicherten die Progressive Invaliditätsstaffel 500 Prozent an:

- **Progressivstaffel 500 Prozent**

Bei Invalidität über einem Grad von 25 Prozent ergibt sich eine im Vergleich zur normalen Invaliditätsleistung eine progressive Leistung. Die genauen Prozentsätze sind in den Besonderen Bedingungen der jeweiligen Produktvarianten (Aktiv, Komfort und Premium) abgedruckt. Die Mehrleistung aus der Progression 500 Prozent ist je Unfall auf 1 Mio. Euro für alle bei der DEVK bestehenden Unfallversicherungen begrenzt.

- **Mehrleistung ab 90 Prozent Invalidität (gilt nur für den Senioren-Tarif)**

Bei einer Invalidität ab 90 Prozent erbringt die DEVK doppelte Leistung, also maximal 200 Prozent bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent. Die Mehrleistung ist je Unfall auf 200.000 Euro für alle bei der DEVK bestehenden Unfallversicherungen begrenzt.

- **Unfallrente**

Wenn als Folge eines Unfalls die körperliche und/oder die geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft zu mindestens 50 Prozent beeinträchtigt wird, gelangt ab dem Unfallzeitpunkt die vereinbarte monatliche Unfallrente lebenslang zur Auszahlung. Die Bemessung des Invaliditätsgrads richtet sich nach der „Gliedertaxe“ in § 7 I. (2) a) der AUB, sofern Körperfunktionen dort nicht aufgeführt sind nach den Feststellungen in einem ärztlichen Gutachten.

Ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, ist Folgendes vereinbart:

Mehrleistung ab 90 Prozent Invalidität

Bei einer Invalidität ab 90 Prozent erbringt die DEVK die doppelte Rentenleistung, soweit zum Unfallzeitpunkt der Versicherte das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Mehrleistung ist je Unfall auf 3.000 Euro für alle bei der DEVK bestehenden Unfallversicherungen begrenzt. Ab Vollendung des 65. Lebensjahres wird die Mehrleistung ab 90 Prozent nicht mehr gewährt!

- **Unfallkrankhaustagegeld mit Genesungsgeld**

Ist nach einem Unfall eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus notwendig, wird für jeden Tag des Aufenthalts dort das vereinbarte Krankhaustagegeld – längstens für zwei Jahre – gezahlt. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die auch Krankhaustagegeld geleistet wurde – längstens jedoch für 100 Tage – Genesungsgeld gezahlt.

- **Todesfalleistung**

Stirbt der Versicherte innerhalb eines Jahres an den Unfallfolgen, wird die vereinbarte Todesfalleistung fällig.

- **Leistungen bei Unfallrente Plus**

Der Abschluss dieses Ergänzungspaketes ist nur bei einer vereinbarten Unfallrente möglich.

Folgende Leistungen gelten als versichert:

- Einmalzahlung in Höhe des Zehnfachen der vereinbarten Unfallrente, maximal 10.000 Euro
- Schmerzensgeld bis zu 3.000 Euro
- Komageld bis zu 1.500 Euro
- Kosmetische Operationen bis zu 20.000 Euro
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu 10.000 Euro
- Infektionskrankheiten und Impfschäden
- Vergiftungen durch Gifte, Gase, Dünste, Insektenstiche und Lebensmittel

- **Reha- und Assistance-Leistungen**

Wir bieten allen Kundengruppen ein leistungsstarkes Reha- und Assistance-Paket an, dass zu fast allen Tarifen (Kinder, Auszubildende, Erwachsene und Rentnern) hinzu gewählt werden kann (nicht Kinder-Unfallversicherung mit Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus).

Das Paket, das über Roland-Assistance abgewickelt wird, umfasst folgende Leistungsbausteine:

- Information und Beratung nach einem Unfall
- Unfall-Assistance
- Reha-Management

Was kann die Unfallversicherung nicht bieten?

Für außergewöhnliche Risiken, die nur bei einer Minderheit von Versicherten bestehen oder die nicht kalkulierbar sind, kann kein Versicherungsschutz geboten werden. Sie sind in § 2 AUB aufgeführt:

- Unfälle, infolge von Bewusstseinsstörungen (z. B. Trunkenheit)
- Vorsätzliche Selbstbeschädigung und Selbstmord
- Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht (z. B. Fahren ohne Fahrerlaubnis)
- Unfälle durch Kriegs-, und Bürgerkriegsereignisse oder bei aktiver Beteiligung an inneren Unruhen
- Unfälle als Berufs-, oder Privatflieger sowie beim Luftsport
- Infektionen oder Vergiftungen
- Unfälle bei der aktiven Teilnahme an offiziellen Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen (Autos, Motorräder, Sportboote), bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt
- Unfälle durch Kernenergie

Einige dieser Risiken können durch besondere Vereinbarung und gegen Zuschlag in den Versicherungsschutz einbezogen bzw. versichert werden.

Was ist mit außergewöhnlichen Freizeitaktivitäten und Sport?

Da die private Unfallversicherung den Versicherten vor allen Unfällen des täglichen Lebens schützen soll, sind nur für wenige ausgefallene Sondergefahren spezielle Regelungen vorgesehen:

• Luftsport

Der „gelegentliche“ Luftsport, für den keine behördliche Erlaubnis erforderlich ist, ist grundsätzlich in der Unfallversicherung mitversichert. Hierzu zählt z. B., wenn der Versicherte als Flugschüler den Luftsport erlernt, einen Tandemfallschirmsprung durchführt oder einen Rundflug in einem Fesselballon unternimmt.

Der „aktive“ Luftsport (mit behördlicher Erlaubnis) ist dagegen bedingungsgemäß ausgeschlossen. Die DEVK bietet ihren Kunden jedoch im Rahmen einer Sondervereinbarung die Mitversicherung des Luftsportrisikos an. Hierfür werden im Antrag Angaben über Art, Häufigkeit und Ort des ausgeübten Luftsports sowie eine Kopie des „Luftfahrerscheins für Luftsportgeräteführer“ benötigt.

• Motorsport

Die aktive Teilnahme als Fahrer oder Beifahrer an Motorsportveranstaltungen (Auto, Motorrad, Boot) und Übungsfahrten hierzu, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, ist bedingungsgemäß ausgeschlossen. Die gelegentliche private Benutzung z. B. von Kartbahnen oder Rennstrecken wie dem Nürburgring sowie der sonstige Motorsport (z. B. Sternfahrt) fällt dagegen unter den Versicherungsschutz.

Im Rahmen einer Sondervereinbarung bietet die DEVK jedoch Versicherungsschutz für Unfälle, die der versicherten Person bei Ausübung des Motorsports, bei dem es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, zustoßen. Hierfür werden im Antrag Angaben über Art, Häufigkeit und Ort des Motorsports benötigt.

• Sport gegen Entgelt

Unfälle beim Sport gegen Entgelt, wenn dieser zeitmäßig wie ein Beruf betrieben wird, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Hierfür ist der Abschluss einer Unfallversicherung bei einem Spezialversicherer erforderlich, die über den Verein oder die Sportverbände vermittelt wird. Unter Entgelt fallen keine geringfügigen Aufwandsentschädigungen und Prämien, sondern solche Leistungen, die dem überwiegenden Lebensunterhalt dienen. Der Sport gegen Entgelt, der nicht dem Lebensunterhalt dient, ist mitversichert. Um die Mitversicherung prüfen zu können, benötigt die DEVK Angaben über Art, Häufigkeit, Ort und Entgelt des ausgeübten Sports.

Wonach richtet sich der Beitrag?

Der Beitrag richtet sich nach dem Deckungsumfang des gewählten Tarifs. Bei Erwachsenen richtet sich der Beitrag nach der Gefährlichkeit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit. Dabei werden die Versicherten in die Gefahrengruppe A (normale Unfallgefährdung) oder Gefahrengruppe B (erhöhte Unfallgefährdung) eingestuft. Gefahrengruppe B sind z. B. Arbeiten

- als Bauhandwerker, Bauarbeiter, Monteur
- auf Baustellen, Gerüsten, Dächern, Masten und an Fassaden
- in Steinbrüchen, Bergwerken, Sägewerken und in der Holzverarbeitung
- im gewerblichen Güterverkehr und -umschlag (Straße, Schiene, Wasser, Luft)
- als Kundendiensttechniker und -monteure, Auslieferungsfahrer
- in der Land- und Forstwirtschaft, in der Tier- und Viehzucht und im -Handel
- in der Tierschlachtung und -zerlegung sowie in der industriellen Fleischverarbeitung
- als Bedienstete im Truppendienst von Bundeswehr und Bundespolizei sowie im Einsatzdienst bei Polizei, Feuerwehr, Zoll
- als Sportlehrer/Trainer außer Tauchlehrer

Bitte teilen Sie der DEVK unverzüglich mit, wenn sich ihre berufliche Tätigkeit ändert, insbesondere wenn sie jetzt eine Tätigkeit mit erhöhter Unfallgefährdung ausüben!

Hinweis gemäß § 10a Absatz 2a Versicherungsaufsichtsgesetz:

In der Unfallversicherung werden von uns Tarife verwandt, die Prämien differenzieren nach der beruflichen Tätigkeit vorsehen. Die Differenzierung beruht auf den vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft GDV e.V. ermittelten und auf deren Homepage www.gdv.de veröffentlichten statistischen Daten.

Wie werden private Unfallversicherungen steuerrechtlich behandelt?

Bei einer Vollschutzdeckung (24-Stunden-Schutz in Beruf und Freizeit) kann der auf das berufliche Risiko entfallende Beitragsteil als Werbungskosten, der übrige Beitragsanteil für die Freizeit als Sonderausgaben abgesetzt werden. Von der Finanzverwaltung wird dabei ein beruflicher Anteil bis zu 50 Prozent akzeptiert. Werden Unfallbeiträge als Werbungskosten geltend gemacht, besteht in einem Leistungsfall allerdings auch eine Steuerpflicht. Weitergehende Auskünfte erteilen die Finanzbehörden oder Angehörige der steuerberatenden Berufe.

Welche Versicherungssummen werden im Allgemeinen benötigt?

Der Abschluss einer bedarfsgerechten Versicherungssumme ist für den Fall des Falles wichtig. Sollte durch einen Unfall Ihre Arbeitsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden können, sind Sie auf Nebeneinkünfte angewiesen. Es ist sinnvoll, eine Versicherungssumme von mindestens 100.000 Euro zu vereinbaren. Sie legen die dann zu erwartende Maximalentschädigung von 500.000 Euro (Progression 500 Prozent) verzinslich an und können mit den monatlichen Zinsen Ihren Lebensunterhalt sichern. Wird darüber hinaus ein Teil des Gelds für Umbaumaßnahmen am Haus oder die Anschaffung eines behindertengerechten Pkw benötigt, vermindern sich die Zinserträge entsprechend. Wir empfehlen Ihnen daher, ausgehend vom Nettoeinkommen, die Vereinbarung nachstehender Mindestversicherungssummen für den Invaliditätsfall

Monatliches Nettoeinkommen	Benötigte Invaliditäts-Grundsumme	Leistung bei Vollinvalidität mit Progression 500 %
1.000 €	75.000 €	375.000 €
1.500 €	100.000 €	500.000 €
2.000 €	125.000 €	625.000 €
2.500 €	150.000 €	750.000 €
3.000 €	175.000 €	825.000 €

Bei Kindern, die das Leben noch vor sich haben, ist eine Grundsumme von zumindest 100.000 Euro erforderlich, sodass bei Vollinvalidität 500.000 Euro geleistet würden. Da die Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) vollkommen unzureichend sind,

ist es wichtig eine Kinder-Unfallversicherung abzuschließen. Denn, beträgt der Grad der Behinderung (GdB) weniger als 20 Prozent, erbringt die GUV keine Leistung. Abgesichert ist das Kind außerdem nur in der Schule oder im Kindergarten, sowie auf dem Weg hin und zurück. Ebenso ist bei der Absicherung von Hausfrauen daran zu denken, dass sie im Allgemeinen überhaupt keine Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu erwarten haben.

Wer erhält die Leistungen aus der Unfallversicherung?

Leistungsempfänger ist grundsätzlich der Versicherungsnehmer.

Wer erhält die Todesfallleistung beim Tod des Versicherungsnehmers?

Wenn durch den Antrag nichts anderes bestimmt wird, gilt beim unfallbedingten Tod des Versicherungsnehmers, der gleichzeitig auch versicherte Person gewesen ist, folgendes Bezugsrecht:

- 1 Der überlebende Ehegatte des Versicherungsnehmers (versicherte Person), mit dem er zum Todeszeitpunkt verheiratet war.
- 2 Die ehelichen und ihnen gleichgestellten Kinder zu gleichen Teilen.
- 3 Die Eltern des Versicherungsnehmers zu gleichen Teilen.
- 4 Die Erben der Versicherungsnehmers zu gleichen Teilen.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte § 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) bzw. § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die DEVK Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit (AKiUB) und den Besonderen Bedingungen.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung/Unfallrente

(§ 7 I. AUB und § 3 I. AKiUB für Invalidität und § 7 II. AUB für Unfallrente)

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- 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 worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen sind den jeweiligen Tarifen zu entnehmen: Aktiv, Komfort oder Premium-Schutz

Für die Unfallrente gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50 Prozent ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

Haben Sie mit uns Leistungen nach den oben genannten Besonderen Bedingungen bzw. Produktvarianten vereinbart oder sind sie Bestandteil des Versicherungsvertrags, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen den oben genannten Bestimmungen zu entnehmen.

Wichtige Fristen, die Sie beachten müssen

- für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (§ 7) und
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die DEVK Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit (§ 3) – Junior Plus

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder nach der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit eingetreten und spätestens innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

Neubemessung der Invalidität:

Sobald der Versicherer sich erklärt hat, ob und in welcher Höhe er einen Invaliditätsanspruch annimmt, sind Sie berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. In der Kinder-Unfallversicherung verlängert sich diese Frist auf fünf Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Dieses Recht muss vom Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats, ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden (§§ 11 IV. AUB, 12 IV. AKiUB).

Die gesetzliche Vorschrift lautet:

§ 188 Neubemessung der Invalidität

- (1) Sind Leistungen für den Fall der Invalidität vereinbart, ist jede Vertragspartei berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, neu bemessen zu lassen. In der Kinder-Unfallversicherung kann die Frist, innerhalb derer eine Neubemessung verlangt werden kann, verlängert werden.
- (2) Mit der Erklärung des Versicherers über die Leistungspflicht ist der Versicherungsnehmer über sein Recht zu unterrichten, den Grad der Invalidität neu bemessen zu lassen. Unterbleibt diese Unterrichtung, kann sich der Versicherer auf eine Verspätung des Verlangens des Versicherungsnehmers, den Grad der Invalidität neu zu bemessen, nicht berufen.

B. – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2013 Fassung DEVK Stand 2013-06-01)

§ 1 Der Versicherungsfall	§ 7 Leistungsarten
§ 2 Ausschlüsse	§ 8 Einschränkung der Leistungen
§ 3 Nicht versicherbare Personen	§ 9 Obliegenheiten nach Eintritt des Unfalls
§ 3a Vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte	§ 11 Fälligkeit der Leistungen
§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug	§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung; freiwilliger Wehrdienst; Bundesfreiwilligendienst / Anzeigepflicht bei Umstellung von Kinder-, Ausbildung- auf den Erwachsenenentarif	§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen
	§ 14 Verjährung
	§ 15 Beitragsanpassung
	§ 16 Gerichtsstände und anzuwendendes Recht
	§ 17 Schlussbestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2013 Fassung DEVK, Stand 2013-06-01)

§ 1 Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrags zustoßen.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.

- II. Der Versicherungsschutz gilt in der ganzen Welt.

- III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
- (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

- V. Als Unfall gelten auch Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

- VI. Auf die Regelungen über Ausschlüsse (§ 2), Fristen (§ 7 I. (1)) und die Einschränkungen der Leistung (§ 8) wird ausdrücklich hingewiesen.

§ 2 Ausschlüsse

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- I. (1) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

- (2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

- (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn des Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich der Versicherte aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- (4) Unfälle des Versicherten

- a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

- (5) Unfälle des Versicherten bei der Ausübung von Sport gegen Entgelt, wenn dieser zeitmäßig wie ein Beruf ausgeübt wird und dem überwiegenden Lebensunterhalt dient.

- (6) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

- (7) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

II. Ausgeschlossen sind außerdem folgende Gesundheitsschädigungen:

- (1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
- (2) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- (3) Infektionen.

Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Satz 1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangen.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.

(4) Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse.

(5) Vergiftungen durch den Konsum von Alkohol, Drogen, anderer sucht- oder rauscherzeugender Stoffe sowie der Gebrauch von nicht ärztlich verordneten Medikamenten. Dieser Ausschluss gilt nicht für Versicherte, die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Vergiftungen durch Nahrungsmittel sind in jedem Falle ausgeschlossen.

III. Nicht versichert sind:

(1) Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

(2) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

IV. Kein Versicherungsschutz besteht für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3

Nicht versicherbare Personen

I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geistesranke.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

III. Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geistesranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag, ist zurückzuzahlen.

§ 3a

Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

I. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

II. (1) Voraussetzungen des Rücktritts
Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechnigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

(2) Ausschluss des Rücktrittsrechts
Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der

Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

(3) Folgen des Rücktritts
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

III. Kündigung

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

IV. Rückwirkende Vertragsanpassung

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Textform kündigen.

V. Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer muss die ihm nach II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in II. bis IV. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

VI. Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 4

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/vertragliche Gestaltungsrechte

I. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nach § 5 rechtzeitig zahlt, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

II. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner

(1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer.

Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; andernfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;

(2) zum Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als drei Jahre vereinbart wurde.

Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des dritten oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein;

(3) wenn von dem Versicherer aufgrund eines Versicherungsfalls eine Zahlung geleistet wurde oder der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert hat oder der Versicherungsanspruch rechthängig geworden ist.

Das Recht zur Kündigung kann seitens des Versicherers mit einer Frist von einem Monat, seitens des Versicherungsnehmers mit sofortiger Wirkung oder zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht spätestens einen Monat, nachdem die Zahlung geleistet, die Leistung abgelehnt oder der Rechtsstreit durch Klagerücknahme, Anerkenntnis oder Vergleich beigelegt wurde oder das Urteil rechtskräftig geworden ist, ausgeübt wird.

III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

V. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz im Ausland kann der Versicherungsschutz nicht gewährt bzw. nicht fortgeführt werden.

§ 5

Beiträge, Fälligkeit und Verzug

I. Erstbeitrag

(1) Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

Der erste oder einmalige Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – sofort nach Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn, fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung sowie nach Ablauf der im Versicherungsantrag genannten Widerrufsfrist von 14 Tagen unverzüglich (d. h. innerhalb von weiteren 14 Tagen) erfolgt.

(2) Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags. Die nach dieser Vereinbarung zunächst nicht fälligen Teile des Beitrags sind gestundet. Gerät der Versicherungsnehmer mit einer Rate in Verzug, ist die Stundung aufgehoben.

(3) Ist monatliche Zahlungsweise des Gesamtbeitrages (Jahresbeitrags) vereinbart, wird bei der Ratenzahlung ausgehend vom Gesamtbeitrag die Monatsrate ermittelt und auf volle 0,10 Euro aufgerundet. Ist jährliche Zahlungsweise vereinbart, können die Jahresbeiträge auf volle 0,10 Euro aufgerundet werden.

(4) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, ist der Versicherer nur

dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

(5) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

II. Folgebeitrag

(1) Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

(2) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

(3) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den (4) und (5) mit dem Fristablauf verbunden sind.

(4) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach (3) darauf hingewiesen wurde.

(5) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Die Kündigung kann mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer (3) dergestalt erklärt werden, dass sie mit Ablauf der Zahlungsfrist wirksam wird. Hat der Versicherer gekündigt und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats nach Fristablauf den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

III. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

(1) Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

(2) Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

IV. Bei Teilzahlung des Jahresbeitrags werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrags sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät.

V. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei vollständigem oder teilweise Wegfall versicherter Risiken gilt:

Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.

- VI. Im Fall des § 4 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6

Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung; freiwilliger Wehrdienst; Bundesfreiwilligendienst/Anzeigepflicht bei Umstellung von Kinder-, Ausbildungs- auf Erwachsenentarif

- I. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- (1) Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer daher unverzüglich mitteilen. Die Ableistung des freiwilligen Wehr- oder Bundesfreiwilligendienstes sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
 - (2) Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
 - (3) Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald dem Versicherer die Erklärung des Versicherten zugeht.
- II. Umstellung des Kinder-, Ausbildungs- auf den Erwachsenentarif
- (1) Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet oder die Ausbildung beendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene.
- Der Versicherungsnehmer hat jedoch folgendes Wahlrecht:
- Der Versicherungsnehmer zahlt den bisherigen Beitrag und der Versicherer reduziert die Versicherungssummen entsprechend.
 - Der Versicherungsnehmer behält die bisherigen Versicherungssummen und der Versicherer berechnet einen entsprechend höheren Beitrag.
- (2) Über das Wahlrecht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer rechtzeitig informieren. Teilt er dem Versicherer das Ergebnis seiner Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

§ 7

Die Leistungsarten

Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Invaliditätsleistung (sofern vereinbart)

Invaliditätsbegriff und Fristen

- (1) Führt der Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, entsteht Anspruch auf einen

Kapitalbetrag aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

Gliedertaxe

- (2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
 - a) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
Hand	55 Prozent
Daumen	20 Prozent
Zeigefinger	10 Prozent
anderer Finger	5 Prozent
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	50 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent
Fuß	40 Prozent
große Zehe	5 Prozent
andere Zehe	2 Prozent
Auge	50 Prozent
Gehör auf einem Ohr	30 Prozent
Geruchssinn	10 Prozent
Geschmackssinn	5 Prozent
 - b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
 - c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
 - d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, werden die Invaliditätsgrade, die sich nach (2) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.

Anrechnung Vorinvalidität

- (3) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.

Keine Invaliditätsleistung bei Tod des Versicherten

- (4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Invaliditätsleistung trotz Tod des Versicherten

- (5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und ist ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Unfallrente (sofern vereinbart)

(1) Invalidität

Führt der Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person von mindestens 50 Prozent, wird unabhängig von ihrem Lebensalter die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegte Unfallrente lebenslang gezahlt.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

(2) Mehrleistung

Ereignet sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres ein Unfall, erbringt der Versicherer als Mehrleistung die doppelte Rentenleistung, wenn der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person von mindestens 90 Prozent geführt hat.

Die Mehrleistung¹ wird für jede versicherte Person auf höchstens 3.000 Euro festgelegt. Laufen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

(3) Dynamik (sofern besonders vereinbart)

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Dabei werden die Versicherungssummen auf die im Tarif des Versicherers vorgesehene nächst höhere Mengeneinheit angepasst.

Folgende Versicherungsleistungen nehmen an der Erhöhung nicht teil:
Kapitalleistung statt Rentengarantie bei der Kinder-Unfallrente (Ziffer 11)

2. Der nach der Erhöhung der Versicherungssummen zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem gültigen Tarif des Versicherers.

3. Der Versicherungsnehmer erhält über die erhöhten Versicherungssummen einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

4. Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zusendung des Nachtrags zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf die Frist wird er hingewiesen. Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Vertrag dann wieder mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.

5. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

(4) Bemessung des Invaliditätsgrads

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad bemisst sich ausschließlich nach den Grundsätzen des § 7 I. (2) und (3) AUB.

Abweichend von § 8 AUB gilt:

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

Besonders vereinbarte Gliedertaxen, außer derjenigen in § 7 I. (2) AUB, finden bei der Bemessung des Invaliditätsgrades keine Anwendung. Außerdem bleiben auch vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall, mit Ausnahme der obigen Ziffer 2 dieser Bedingungen, für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

(5) Neubemessung des Invaliditätsgrads

Der Invaliditätsgrad kann gemäß § 11 IV. AUB auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen werden. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

(6) Beginn der Rentenzahlung

Die Unfallrente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet.

Abweichend von § 12 I. AUB gilt:

Ist der Anspruch auf Zahlung einer Kinder-Unfallrente für die versicherte Person gegeben, zahlt der Versicherer die fälligen Unfallrenten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres an den Versicherungsnehmer. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres zahlt der Versicherer die fälligen Unfallrenten an die versicherte Person oder an den gesetzlichen Vertreter.

(7) Ende der Rentenzahlung

Die Unfallrente wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach (5) vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent beträgt. Eine Rückforderung der bereits erbrachten Rentenleistungen erfolgt im Falle der Neufestsetzung des Invaliditätsgrads nicht.
- die versicherte Person stirbt. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis ein, besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung. Bereits erbrachte Rentenleistungen können nicht zurückgefordert werden.

(8) Lebensnachweis

Der Versicherer kann einmal im Jahr einen amtlichen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Die mit dem Nachweis verbundenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers. Wird die Lebensbescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

(9) Rentengarantie

Stirbt die zum Unfallzeitpunkt volljährige versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall
oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,
und war ein Anspruch auf Unfallrente entstanden, zahlt der Versicherer die vereinbarte Unfallrente über den Tod des Versicherten hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

(10) Kapitalleistung statt Rentengarantie bei der Kinder-Unfallrente

Abweichend von Ziffer 9 gilt:

Stirbt die zum Unfallzeitpunkt minderjährige versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall
oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,
und ist ein Anspruch auf Unfallrente entstanden, zahlt der Versicherer eine einmalige Kapitalleistung in Höhe des zehnfachen der vereinbarten, monatlichen Rentenleistung. Die Kapitalleistung ist auf einen Höchstbetrag von 10.000 Euro beschränkt.

Der Anspruch auf Zahlung der Kapitalleistung erlischt mit Ablauf von zehn Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

¹ Mehrleistung ist der die vereinbarte monatliche Rente übersteigende Betrag

Nach Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt die Zahlung der Kapitalleistung im Todesfall an die Erben.

(11) Besonderer Ausschluss

Die Besonderen Bedingungen für die verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung bei unfallbedingter Dienst- oder Berufsunfähigkeit des Versicherten (BB Dienst-/Berufsunfähigkeit – 13) sind bei der Leistungsart Unfallrente ausgeschlossen.

III. Tagegeld (sofern vereinbart)

- (1) Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrads richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
- (2) Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Unfallkrankhaustagegeld (sofern vereinbart)

- (1) Unfallkrankhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- (2) Unfallkrankhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.
- (3) Wird infolge eines versicherten Unfalls zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine ambulante Operation beim Versicherten vorgenommen, erhält dieser das vereinbarte Unfallkrankhaustagegeld für die Dauer von fünf Tagen. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach V. besteht in diesem Fall nicht.

V. Genesungsgeld (sofern vereinbart)

- (1) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Unfallkrankhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 100 Tage, und zwar

für den 1. bis 10. Tag	100 Prozent
für den 11. bis 20. Tag	50 Prozent
für den 21. bis 100. Tag	25 Prozent

des Unfallkrankhaustagegelds.

- (2) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
- (3) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI. Todesfalleistung (sofern vereinbart)

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod, entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.

Werden beide bei der DEVK unfallversicherten Elternteile durch ein versichertes Unfallereignis tödlich verletzt und hat mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erhöht sich die Todesfallleistung der Eltern um 50 Prozent. Die 50-prozentige Erhöhung ist auf insgesamt 20.000 Euro beschränkt. Bestehen bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

§ 8

Einschränkung der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

§ 9

Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten.

Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.
- IV. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaustauschs trägt der Versicherer.
- V. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind von der Schweigepflicht im Rahmen von § 213 Versicherungsvertragsgesetz zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- VI. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch, per Fax oder per E-Mail erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- I. Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.
- II. Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm nach I. zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

§ 11

Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallher-

gangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer

bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Grundsumme,

bei Unfallrente bis zu 10 Prozent der versicherten monatlichen Rente,

bei Unfallkrankenhaustagegeld bis zu einem Unfallkrankenhaustagegeldsatz,

bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz.

- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

- III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.
- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres wird die Frist von drei Jahre auf fünf Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 12

Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherer für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13

Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- II. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.
- III. Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung

der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach II. entsprechende Anwendung.

§ 14 Verjährung

Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

§ 15 Beitragsanpassung

- I. Der Versicherer ist berechtigt, den Beitrag bzw. den Beitragssatz für gleichartige Risiken der Kostenentwicklung und dem Schadenbedarf anzupassen. Dabei hat er die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik anzuwenden. Die Anpassung des Beitrages bzw. des Beitragssatzes gilt mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge, wenn sie von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Der neukalkulierte Beitrag bzw. Beitragssatz darf nicht höher sein als die Beiträge des Tarifs für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifierungsmerkmalen und vergleichbarem Deckungsumfang. Sie werden mit Beginn der nächsten Versicherungsperiode wirksam.

Vermindert sich der Tarifbeitrag, ist der Versicherer verpflichtet, den Beitrag für bestehende Verträge mit gleichen Tarifierungsmerkmalen und gleichem Deckungsumfang ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrags zu senken.

- II. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Beitragserhöhung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.

§ 16

Gerichtsstände und anzuwendendes Recht

- I. Klagen gegen den Versicherer
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- II. Klagen gegen den Versicherungsnehmer
Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist.
- III. Unbekannter Wohnsitz des Versicherungsnehmers
Sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
- IV. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 17 Schlussbestimmung

Soweit nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

C. – Besondere Bedingungen für den Aktiv-Schutz

Besondere Bedingungen für den Aktiv-Schutz

1. Progressive Invaliditätsstaffel
2. Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel
3. Dynamik
4. Franchise 20 Prozent
5. Einschluss von Vergiftungen durch Gifte, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren
6. Gesundheitsschäden durch Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen
7. Einschluss von Unfällen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen

8. Unfälle infolge von Rettung von Menschen, Tieren und Sachen
9. Todesfalleistung bei Verschollenheit
10. Bergungskosten
11. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten
12. Kurkostenbeihilfe
13. Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene
14. Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers

Besondere Bedingungen für den Aktiv-Schutz

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2013 Fassung DEVK, Stand 2013-06-01). Die nachfolgenden Bedingungen gelten nur für die Leistungsart „Invalidität“, soweit sich aus den Regelungen nicht etwas anderes ergibt.

1. Progressive Invaliditätsstaffel

1. In Abänderung von § 7 I. und § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus gilt folgendes:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 Prozent aus der vereinbarten Invaliditäts-Grundsumme.
- b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 5 Prozent aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- c) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 9 Prozent aus der vereinbarten Invaliditäts-Grundsumme.

2. Die Mehrleistung* wird für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei den DEVK Versicherungen weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.grad	Leistungen aus der Vers. summe	Unfallbed. Inv.grad	Leistungen aus der Vers. summe	Unfallbed. Inv.grad	Leistungen aus der Vers. summe
%	%	%	%	%	%
26	28	51	106	76	260
27	31	52	112	77	270
28	34	53	118	78	280
29	37	54	124	79	290
30	40	55	130	80	300
31	43	56	136	81	310
32	46	57	142	82	320
33	49	58	148	83	330
34	52	59	154	84	340
35	55	60	160	85	350
36	58	61	166	86	360
37	61	62	172	87	370
38	64	63	178	88	380
39	67	64	184	89	390
40	70	65	190	90	400
41	73	66	196	91	410
42	76	67	202	92	420
43	79	68	208	93	430
44	82	69	214	94	440
45	85	70	220	95	450
46	88	71	226	96	460
47	91	72	232	97	470
48	94	73	238	98	480
49	97	74	244	99	490
50	100	75	250	100	500

2. Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel

Bei Vereinbarung des Senioren-Unfalltarifs gilt statt Ziffer 1. (Progressive Invaliditätsstaffel) folgende Regelung:

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

- a) Führt ein Unfall, der sich ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen des § 7 I (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Die Mehrleistung berechnet sich nur aus der vereinbarten Invaliditäts-Grundsumme.

3. Dynamik (sofern besonders vereinbart)

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Dabei werden die Versicherungssummen auf die im Tarif des Versicherers vorgesehene nächsthöhere Mengeneinheit angepasst.

Folgende Versicherungsleistungen nehmen an der Erhöhung nicht teil:

- Bergungskosten (Ziffer 10)
- Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten (Ziffer 11)
- Kurkostenbeihilfe (Ziffer 12)
- Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene (Ziffer 13)

2. Der nach der Erhöhung der Versicherungssummen zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem gültigen Tarif des Versicherers.

3. Der Versicherungsnehmer erhält über die erhöhten Versicherungssummen einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

4. Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zusendung des Nachtrags zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf die Frist wird er hingewiesen.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Vertrag dann wieder mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.

5. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags wi-

* Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag

derrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

4. Franchise 20 Prozent

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht nur dann, wenn sich nach den Bestimmungen der §§ 7 I. (2), (3) und 8 AUB ein Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent ergibt.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent besteht der Anspruch auch für die ersten 19 Prozent der Invalidität.

5. Einschluss von Vergiftungen durch Gifte, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren

In Abänderung von § 1 V AUB sind mitversichert: Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten sind ausgeschlossen.

6. Gesundheitsschäden durch Erstickten, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen

Ergänzend zu § 1 III. AUB besteht Versicherungsschutz für – den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist), – Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug, – Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

7. Einschluss von Unfällen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen

1. In Abänderung von § 2 II. (1) AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von § 1 III. AUB darstellen.

2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B. Schäden durch Röntgen- und Laser-, Maserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

8. Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleidet, gelten als Unfall nach § 1 III. AUB.

9. Todesfalleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist)

Ergänzend zu § 7 VI. AUB gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffungslück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

10. Bergungskosten

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer die entstandenen notwendigen Kosten für:

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
- Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
- Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wäre,
- Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1.a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

3. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu einer Höhe von maxi-

mal 5.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Krankenkasse) für die Bergungskosten eintritt. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Ersatzanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

4. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

11. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für

- Arzthonorare
- sonstige Kosten der kosmetischen Operation
- Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, sofern es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt

2. Im Rahmen von 1 a) bis c) sind die dort genannten Honorare und Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000 Euro versichert. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten nach 1 d) sind bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 Euro mitversichert.

3. Die Operation und die Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

5. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen gemäß 1. und 2. nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

12. Kurkostenbeihilfe

§ 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB eine Beihilfe, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AUB.

2. Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

3. Ein Anspruch auf Unfallkrankhaustagegeld/Genesungsgeld (§ 7 IV. und V. AUB) besteht nicht, wenn die in Ziffer 1. und 2. geregelte Beihilfe gezahlt wird.

4. Die Kurkostenbeihilfe, die sich ausschließlich auf die Erstattung der Kuranwendungen bezieht, erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 1.000 Euro.

5. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann eine Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

13. Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene

1. Für während der Wirksamkeit des Vertrags und vor Vollen- dung des 50. Lebensjahres des Versicherungsnehmers neu hinzukommende Ehegatten und leibliche Kinder wird für drei Monate nach Heirat oder Vollendung der Geburt bei- tragsfreier Versicherungsschutz gewährt.

Dieser Versicherungsschutz verlängert sich um weitere neun Monate, wenn der Versicherungsnehmer die Heirat oder die Geburt während der ersten drei Monate anzeigt.

2. Es gelten nur die nachfolgenden Versicherungssummen für jede neu hinzukommende Person; alle Erweiterungen dieser Besonderen Bedingungen finden keine Anwendung.

Invalidität mit Progression (500 %)	30.000 Euro
bei Vollinvalidität	150.000 Euro
Unfallkrankenhaustagegeld	15 Euro
Genesungsgeld	15 Euro
Todesfall	3.000 Euro

3. Bestehen für den Versicherungsnehmer bei der DEVK meh- rere Unfallversicherungen, werden Leistungen für neuhin- zukommende Ehegatten oder Kinder nur aus einem dieser Verträge gewährt.

14. Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers

Hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versiche- rungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von § 4 II. - IV. AUB Folgendes:

Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versiche- rungsdauer, wird die Versicherung mit den zu diesem Zeit- punkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Beim Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegser- eignisse gilt dies nicht. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz im Aus- land, kann der Versicherungsschutz nicht gewährt bzw. nicht fortgeführt werden.

D. – Besondere Bedingungen für den Komfort-Schutz

<p>Besondere Bedingungen für den Komfort-Schutz</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Progressive Invaliditätsstaffel 2. Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel 3. Dynamik 4. Einschluss von Vergiftungen durch Gifte, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren 5. Tauchtypische Gesundheitsschäden, Ertrinken, Ersticken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen 6. Einschluss von Unfällen durch Röntgen-, Laser- und Ma- serstrahlen 7. Unfälle infolge von Rettung von Menschen, Tieren und Sa- chen 8. Todesfalleistung bei Verschollenheit 9. Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen beim Lenken von Kraftfahrzeugen 10. Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall 11. Einschluss von Infektionskrankheiten und Impfschäden 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Psychologische Betreuung 13. Passives Kriegsrisiko 14. Bergungskosten 15. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehand- lungskosten 16. Kosten einer Druckkammerbehandlung 17. Sofortleistung bei Schwerverletzungen 18. Kurkostenbeihilfe 19. Umbau- und Umzugskosten 20. Erhöhung des Mitwirkungsanteils 21. Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene 22. Schmerzensgeld 23. Komageld 24. Anzeigefrist für den Invaliditätsfall 25. Kinderbetreuungsgeld 26. Rooming-in-Leistung 27. Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers 28. Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme
--	---

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2013 Fassung DEVK, Stand 2013-06-01). Die nachfolgenden Bedingungen gelten nur für die Leistungsart „Invalidität“, soweit sich aus den Regelungen nicht etwas an- deres ergibt.

Person bei den DEVK Versicherungen weitere Unfallversi- cherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

1. Progressive Invaliditätsstaffel

1. In Abänderung von § 7 I. und § 8 der Allgemeinen Unfall- versicherungsbedingungen (AUB) gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten un- fallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Ge- brechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus gilt folgen- des:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invali- ditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent über- steigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 Prozent aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invali- ditätsgrad von 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent über- steigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 5 Prozent aus der vereinbarten Invaliditäts-Grundsumme.
- c) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invali- ditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlt der Versi- cherer zusätzlich 9 Prozent aus der vereinbarten Invali- ditäts-Grundsumme.

2. Die Mehrleistung* wird für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro beschränkt. Laufen für die versicherte

Unfall- bed. Inv.grad	Leistungen aus der Vers. summe %	Unfall- bed. Inv.grad	Leistungen aus der Vers. summe %	Unfall- bed. Inv.grad	Leistungen aus der Vers. summe %
26	28	51	106	76	260
27	31	52	112	77	270
28	34	53	118	78	280
29	37	54	124	79	290
30	40	55	130	80	300
31	43	56	136	81	310
32	46	57	142	82	320
33	49	58	148	83	330
34	52	59	154	84	340
35	55	60	160	85	350
36	58	61	166	86	360
37	61	62	172	87	370
38	64	63	178	88	380
39	67	64	184	89	390
40	70	65	190	90	400
41	73	66	196	91	410
42	76	67	202	92	420
43	79	68	208	93	430
44	82	69	214	94	440
45	85	70	220	95	450
46	88	71	226	96	460
47	91	72	232	97	470
48	94	73	238	98	480
49	97	74	244	99	490
50	100	75	250	100	500

* Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag

2. Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel

Bei Vereinbarung des Senioren-Unfalltarifs gilt statt Ziffer 1 (Progressive Invaliditätsstaffel) folgende Regelung:

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

- a) Führt ein Unfall, der sich ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen des § 7 I (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Die Mehrleistung berechnet sich nur aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

3. Dynamik (sofern besonders vereinbart)

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Dabei werden die Versicherungssummen auf die im Tarif des Versicherers vorgesehene nächsthöhere Mengeneinheit angepasst.

Folgende Versicherungsleistungen nehmen an der Erhöhung nicht teil:

- Psychologische Betreuung (Ziffer 12)
 - Bergungskosten (Ziffer 14)
 - Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten (Ziffer 15)
 - Kosten einer Druckkammerbehandlung (Ziffer 16)
 - Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 17)
 - Kurkostenbeihilfe (Ziffer 18)
 - Umbau- und Umzugskosten (Ziffer 19)
 - Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene (Ziffer 21)
 - Schmerzensgeld (Ziffer 22)
 - Komageld (Ziffer 23)
 - Kinderbetreuungsgeld (Ziffer 25)
2. Der nach der Erhöhung der Versicherungssummen zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem gültigen Tarif des Versicherers.
 3. Der Versicherungsnehmer erhält über die erhöhten Versicherungssummen einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
 4. Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zusendung des Nachtrags zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf die Frist wird er hingewiesen.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Vertrag dann wieder mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.

5. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

4. Einschluss von Vergiftungen

In Abänderung von § 1 V AUB sind mitversichert:

- Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten sind ausgeschlossen.
- Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse (auch allergische Reaktionen).

Ausgeschlossen bleiben durch Insektenstiche übertragene Infektionskrankheiten, soweit sie nicht in Ziffer 11 genannt sind.

- Vergiftungen durch Nahrungsmittel. Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.

5. Tauchtypische Gesundheitsschäden, Ertrinken, Ersticken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen

- Ergänzend zu § 1 III. AUB besteht Versicherungsschutz für
- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen,
 - den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist),
 - Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
 - Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

6. Einschluss von Unfällen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen

1. In Abänderung von § 2 II. (1) AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von § 1 III. AUB darstellen.
2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B. Schäden durch Röntgen- und Laser-, Maserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

7. Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleidet, gelten als Unfall nach § 1 III. AUB.

8. Todesfalleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist)

Ergänzend zu § 7 VI. AUB gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

9. Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen beim Lenken von Kraftfahrzeugen

1. Abweichend von § 2 I. (1) sind auch Unfälle versichert, die infolge von alkoholbedingter Geistes- und Bewusstseinstörungen durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen verursacht wurden. Dies gilt aber nur dann, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,1 Promille oder weniger beträgt.
2. Nicht versichert sind Unfälle durch Geistes- und Bewusstseinstörungen, die durch oder unter Mitwirkung von Medikamenten oder anderer Drogen als Alkohol verursacht wurden.

10. Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall

1. Abweichend von § 2 I. (1) AUB sind auch Unfälle versichert, die infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall unmittelbar verursacht wurden.
2. Versichert sind die aus dem Unfall resultierenden Folgen. Die durch den Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.

11. Einschluss von Infektionskrankheiten und Impfschäden

1. Abweichend von § 1 III. und § 2 II. (3) AUB gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen

Borreliose, Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Lepra, Malaria, Pest, Pocken, Schlaf-(Tsetse)-

Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

2. Abweichend von § 2 II. (2) AUB gelten Schutzimpfungen als erstmalige Infektion, soweit gegen die unter 1. genannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
3. Abweichend von § 4 I. AUB beginnt der Versicherungsschutz für den Einschluss von Infektionskrankheiten nach a) und b) nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter 1. genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

4. Abweichend von § 9 I. AUB ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

12. Psychologische Betreuung

1. Wird aufgrund einer direkten Unfalleinwirkung oder einer Bedrohung mit Tod oder Körperverletzung oder unmittelbar nach einer Geiselnahme oder unmittelbar nach einem räuberischen Überfall, deren Opfer die versicherte Person geworden ist, eine psychologische Betreuung der versicherten Person erforderlich, werden die nachgewiesenen Behandlungskosten für medizinisch notwendige Therapien bis zu einem Betrag von 1.000 Euro erstattet.

Der Ausschluss nach § 2 IV. AUB bleibt trotz dieser Kostenersatzung bestehen.

2. Die medizinische Notwendigkeit ist durch eine ärztliche Verordnung oder durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
3. Diese Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.
4. Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Versicherungsverträge beansprucht werden.

13. Passives Kriegsrisiko

Abweichend von § 2 I (3) AUB wird der Versicherungsschutz hinsichtlich des passiven Kriegsrisikos bis zum Ende des 14. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält, ausgeweitet.

14. Bergungskosten

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,

c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wäre,

d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1. a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 25.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Krankenkasse) für die Bergungskosten eintritt. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Ersatzanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.
4. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

15. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für
 - a) Arzthonorare
 - b) sonstige Kosten der kosmetischen Operation
 - c) Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik
 - d) Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, sofern es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt.

2. Im Rahmen von 1 a) bis c) sind die dort genannten Honorare und Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 Euro versichert. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten nach 1 d) sind bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000 Euro mitversichert.

3. Die Operation und die Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

5. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen gemäß 1. und 2. nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

16. Kosten einer Druckkammerbehandlung

1. Bei einer unfallbedingten tauchtypischen Gesundheitsschädigung (Caissonkrankheit Typ I und II oder Barotrauma) und einer daraus resultierenden notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig missachtet wurden.

2. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 10.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B.

Krankenkasse) für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu o. g. Höhe erstattet.

- Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können Kosten einer Druckkammerbehandlung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

17. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

- In Ergänzung zu § 7 AUB erbringt der Versicherer nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
- Schädelhirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung,
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma

- Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten. Lange Röhrenknochen sind die Unterarm-, Oberarm-, Unterschenkel- und Oberschenkelknochen. (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch) oder

- Bruch beider Fersenbeine oder

- gewebeerstörenden Schäden an zwei inneren Organen oder

- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

Bruch eines langen Röhrenknochens,
Bruch des Beckens,
Bruch der Wirbelsäule,
Bruch eines Fersenbeins,
gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs,

- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,

- Erbblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

- Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 8 AUB entsprechende Anwendung.

- Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Sofortleistung geltend gemacht werden konnte, erlischt der Anspruch auf Sofortleistung.

- Die Sofortleistung ist auf 5.000 Euro begrenzt.

- Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

18. Kurkostenbeihilfe

§ 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

- Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB eine Beihilfe, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AUB.

- Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

- Ein Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld/Genesungsgeld (§ 7 IV. und V. AUB) besteht nicht, wenn die in Ziffer 1. und 2. geregelte Beihilfe gezahlt wird.

- Die Kurkostenbeihilfe, die sich ausschließlich auf die Erstattung der Kuranwendungen bezieht, erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 5.000 Euro.

- Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann eine Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

19. Umbau- und Umzugskosten

- Führt ein Unfall zu einer nach § 7 I. AUB zu bemessenden dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person von mindestens 50 Prozent und werden aufgrund dieser Invalidität Umbaumaßnahmen in der von der versicherten Person genutzten Wohnung oder ein Umzug der versicherten Person in eine neue Wohnung medizinisch erforderlich, ersetzt der Versicherer diese Kosten.

- Die Entschädigung erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 10.000 Euro. Die Geltendmachung dieser Kosten muss innerhalb eines Jahres nach endgültiger Feststellung des Invaliditätsgrads erfolgen.

- Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können die Umbau- und Umzugskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

20. Mitwirkungsanteil

Nach § 8 AUB wird eine Leistungskürzung erst dann vorgenommen, wenn der Mitwirkungsanteil unfallunabhängiger Krankheiten oder Gebrechen mindestens 25 Prozent beträgt.

21. Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene

- Für während der Wirksamkeit des Vertrages und vor Vollendung des 50. Lebensjahres des Versicherungsnehmers neu hinzukommende Ehegatten und leibliche Kinder wird für drei Monate nach Heirat oder Vollendung der Geburt beitragsfreier Versicherungsschutz gewährt.

Dieser Versicherungsschutz verlängert sich um weitere neun Monate, wenn der Versicherungsnehmer die Heirat oder die Geburt während der ersten drei Monate anzeigt.

- Es gelten nur die nachfolgenden Versicherungssummen für jede neu hinzukommende Person; alle Erweiterungen dieser Besonderen Bedingungen finden keine Anwendung.

Invalidität mit Progression (500 %)	30.000 Euro
bei Vollinvalidität	150.000 Euro
Unfallkrankenhaustagegeld	15 Euro
Genesungsgeld	15 Euro
Todesfall	3.000 Euro

- Bestehen für den Versicherungsnehmer bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, werden Leistungen für neuhinzukommende Ehegatten oder Kinder nur aus einem dieser Verträge gewährt.

22. Schmerzensgeld

- Führt ein Unfall zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen, entsteht ein Anspruch auf Schmerzensgeld bis zu einem Betrag von maximal 1.000 Euro.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach der festgelegten versicherten Summe – unter Ausschluß des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages – und nach dem in der Tabelle festgesetzten Prozentsatz für Schmerzensgeld.

Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent – max. 1.000 Euro – werden jedoch nicht angenommen.

- Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht werden konnte, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.

3. Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

Schmerzensgeldtabelle

a) Brüche	
Schädeldach, Schädelbasis, Becken	100 %
Schultergelenk, Ellenbogen, Hüftgelenk, Knie	80 %
Arm, Bein, Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
Hand, Fuß, Handgelenk, Kiefergelenk, Sprunggelenk	40 %
Gesichtsschädel, Schulterblatt, Brustbein	30 %
sonstiges Gelenk	25 %
Schlüsselbein, Steiß, Rippe oder mehrere Rippen, Zehe oder mehrere Zehen	20 %
Finger oder mehrere Finger	10 %
b) Innere Verletzungen	
Operationsbedürftige Verletzungen an inneren Organen	30 %
c) Verbrennungen	
Verbrennungen 2. Grades von mindestens 10 % oder mehr der Körperoberfläche, Verbrennungen 3. Grades von mindestens 5 % aber weniger als 10 % der Körperoberfläche,	25 %
Verbrennungen 3. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	30 %
	50 %
d) Sonstige Verletzungen	
Distorsion der Halswirbelsäule	10 %
Zerreißung von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln – jeweils an Gliedmaßen oder Wirbelsäule	20 %
Schädelhirntrauma 2. Grades	25 %
Fingernagel- oder Fußnagelverletzung – jeweils mit der Folge vollständiger Nagelentfernung	10 %

23. Komageld

 7 AUB wird wie folgt erweitert:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma, werden für die Zeit dieses Zustandes, längstens jedoch für die Dauer von zehn Wochen, wöchentlich 50 Euro gezahlt.

24. Anzeigefrist für den Invaliditätsfall

Nach  7 I. (1) AUB muss die Invalidität innerhalb von 12 Monaten eingetreten und innerhalb einer Frist von 15 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

Besondere Leistungen in der Kinder-Unfallversicherung

25. Kinderbetreuungsgeld

1. Kann das versicherte Kind wegen eines Unfalls im Sinne von  1 AUB eine Kinderbetreuungseinrichtung (Kindergarten oder Kindertagesstätte) nicht besuchen oder nicht am Unterricht an einer allgemeinbildenden Schule oder gleichgestellten Einrichtung teilnehmen, zahlt der Versicherer ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 20 Euro pro Tag.
2. Der Versicherer zahlt das Kinderbetreuungsgeld für die Dauer des vollständigen unfallbedingten Fehlens in der Kin-

derbetreuungseinrichtung oder am Schulunterricht, längstens jedoch für 50 Tage vom Unfalltag an gerechnet.

Kein Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld besteht, wenn die Kinderbetreuungseinrichtung oder die Schule während der Ferien oder vorübergehend oder an sonstigen freien Tagen (z. B. an Wochenenden) geschlossen ist. Mehrere Abwesenheiten in der Kinderbetreuungseinrichtung oder Schule wegen desselben Unfalls gelten als ununterbrochenes Fehlen.

3. Der Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgelds ist vom Versicherungsnehmer durch Vorlage eines ärztlichen Attestes nachzuweisen.
4. Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, kann das Kinderbetreuungsgeld nur aus einem dieser Verträge beansprucht werden.
5. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet. Diese Leistungsart entfällt, sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

26. Rooming-in-Leistung

Sofern für das versicherte Kind ein Unfallkrankenhaustagegeld vereinbart ist, wird  7 IV. AUB wie folgt erweitert:

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines Unfalls im Sinne von  1 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit im Krankenhaus (Rooming-in), verdoppelt sich für höchstens 30 Übernachtungen das versicherte Unfallkrankenhaustagegeld.

Die Rooming-in-Leistung gilt für versicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

27. Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers

Hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von  4 II. - IV. der AUB Folgendes:

Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer, wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Beim Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gilt dies nicht. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz im Ausland, kann der Versicherungsschutz nicht gewährt bzw. nicht fortgeführt werden.

28. Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme

Abweichend von  7 VI. gilt:

Werden beide bei der DEVK unfallversicherten Elternteile durch ein versichertes Unfallereignis tödlich verletzt und hat mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erhöht sich die Todesfallleistung der Eltern um 50 Prozent. Die 50-prozentige Erhöhung ist auf insgesamt 40.000 Euro beschränkt.

Bestehen bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

E. – Besondere Bedingungen für den Premium-Schutz

Besondere Bedingungen für den Premium-Schutz

1. Progressive Invaliditätsstaffel
2. Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel
3. Dynamik
4. Einschluss von Vergiftungen durch Gifte, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren
5. Tauchtypische Gesundheitsschäden, Ertrinken, Ersticken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen
6. Einschluss von Unfällen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen
7. Unfälle infolge von Rettung von Menschen, Tieren und Sachen
8. Todesfalleistung bei Verschollenheit
9. Eigenbewegung und Knochenbrüche
10. Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen beim Lenken von Kraftfahrzeugen
11. Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall
12. Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente
13. Einschluss von Infektionskrankheiten und Impfschäden

14. Psychologische Betreuung
15. Passives Kriegsrisiko
16. Bergungskosten
17. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten
18. Kosten einer Druckkammerbehandlung
19. Sofortleistung bei Schwerverletzungen
20. Kurkostenbeihilfe
21. Umbau- und Umzugskosten
22. Erhöhung des Mitwirkungsanteils
23. Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene
24. Verdoppelung der Versicherungssummen bei Unfällen in öffentlichen Verkehrsmitteln
25. Schmerzensgeld
26. Komageld
27. Erhöhte Gliedertaxe
28. Anzeigefrist für den Invaliditätsfall
29. Kinderbetreuungsgeld
30. Rooming-in-Leistung
31. Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers
32. Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme

Besondere Bedingungen für den Premium-Schutz

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2013 Fassung DEVK, Stand 2013-06-01). Die nachfolgenden Bedingungen gelten nur für die Leistungsart „Invalidität“, soweit sich aus den Regelungen nicht etwas anderes ergibt.

1. Progressive Invaliditätsstaffel

1. In Abänderung von § 7 I. und § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus gilt folgendes:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 Prozent aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
 - b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 5 Prozent aus der vereinbarten Invaliditäts-Grundsumme.
 - c) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 9 Prozent aus der vereinbarten Invaliditäts-Grundsumme.
2. Die Mehrleistung* wird für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei den DEVK Versicherungen weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.grad	Leistungen aus der Vers. summe %	Unfallbed. Inv.grad	Leistungen aus der Vers. summe %	Unfallbed. Inv.grad %	Leistungen aus der Vers. summe %
26	28	51	106	76	260
27	31	52	112	77	270
28	34	53	118	78	280
29	37	54	124	79	290
30	40	55	130	80	300
31	43	56	136	81	310
32	46	57	142	82	320
33	49	58	148	83	330
34	52	59	154	84	340
35	55	60	160	85	350

36	58	61	166	86	360
37	61	62	172	87	370
38	64	63	178	88	380
39	67	64	184	89	390
40	70	65	190	90	400
41	73	66	196	91	410
42	76	67	202	92	420
43	79	68	208	93	430
44	82	69	214	94	440
45	85	70	220	95	450
46	88	71	226	96	460
47	91	72	232	97	470
48	94	73	238	98	480
49	97	74	244	99	490
50	100	75	250	100	500

2. Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel

Bei Vereinbarung des Senioren-Unfalltarifs gilt statt Ziffer 1 (Progressive Invaliditätsstaffel) folgende Regelung:

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

- a) Führt ein Unfall, der sich ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen des § 7 I. (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Die Mehrleistung berechnet sich nur aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

3. Dynamik (sofern besonders vereinbart)

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Dabei werden die Versicherungssummen auf die im Tarif des Versicherers vorgesehene nächsthöhere Mengeneinheit angepasst.

Folgende Versicherungsleistungen nehmen an der Erhöhung nicht teil:

- Psychologische Betreuung (Ziffer 14)
- Bergungskosten (Ziffer 16)

* Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag

- Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten (Ziffer 17)
- Kosten einer Druckkammerbehandlung (Ziffer 18)
- Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 19)
- Kurkostenbeihilfe (Ziffer 20)
- Umbau- und Umzugskosten (Ziffer 21)
- Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene (Ziffer 23)
- Schmerzensgeld (Ziffer 25)
- Komageld (Ziffer 26)
- Kinderbetreuungsgeld (Ziffer 29)

2. Der nach der Erhöhung der Versicherungssummen zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem gültigen Tarif des Versicherers.
3. Der Versicherungsnehmer erhält über die erhöhten Versicherungssummen einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
4. Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf die Frist wird er hingewiesen.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Vertrag dann wieder mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.

5. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahrs erfolgen.

4. **Einschluss von Vergiftungen**

In Abänderung von § 1 V. AUB sind mitversichert:

- Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten sind ausgeschlossen.
- Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse (auch allergische Reaktionen). Ausgeschlossen bleiben durch Insektenstiche übertragene Infektionskrankheiten, soweit sie nicht in Ziffer 13 genannt sind.
- Vergiftungen durch Nahrungsmittel. Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.

5. **Tauchtypische Gesundheitsschäden, Ertrinken, Ersticken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen**

Ergänzend zu § 1 III. AUB besteht Versicherungsschutz für

- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen,
- den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist),
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

6. **Einschluss von Unfällen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen**

1. In Abänderung von § 2 II. (1) AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von § 1 III. AUB darstellen.
2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B. Schäden durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

7. **Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen**

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleidet, gelten als Unfall nach § 1 III. AUB.

8. **Todesfalleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist)**

Ergänzend zu § 7 VI. AUB gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

9. **Eigenbewegungen und Knochenbrüche**

Ergänzend zu § 1 IV. gelten als Unfälle auch durch Eigenbewegungen oder erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- Bauch- und Unterleibsbrüche
- Knochenbrüche (z. B. Schenkelhalsfraktur oder Armbruch)
- Verrenkungen eines Gelenks
- Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Diese Ergänzung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben (vgl. § 2 III. (2) AUB)

10. **Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen beim Lenken von Kraftfahrzeugen**

1. Abweichend von § 2 I. (1) sind auch Unfälle versichert, die infolge von alkoholbedingter Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen verursacht wurden. Dies gilt aber nur dann, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 Promille oder weniger beträgt.
2. Nicht versichert sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinstörungen, die durch oder unter Mitwirkung von Medikamenten oder anderer Drogen verursacht wurden.

11. **Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall**

1. Abweichend von § 2 I. (1) AUB sind auch Unfälle versichert, die infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall unmittelbar verursacht wurden.
2. Versichert sind die aus dem Unfall resultierenden Folgen. Die durch den Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischem Anfall hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.

12. **Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente**

1. Abweichend von § 2 I. (1) AUB sind auch Unfälle versichert, die infolge von Geistes- oder Bewusstseinstörungen durch die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht nur, sofern der Versicherte die ärztlich angeordnete Dosierung oder die sich aus dem Beipackzettel des Medikaments ergebende Dosierung einhält.
2. Nicht versichert sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinstörungen, die durch Medikamentenmissbrauch oder durch nicht ärztlich verordnete Medikamente oder Drogen verursacht wurden.

13. **Einschluss von Infektionskrankheiten und Impfschäden**

1. Abweichend von § 1 III. und § 2 II. (3) AUB gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen

Borreliose, Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Lepra, Malaria, Pest, Pocken, Schlaf-(Tsetse)-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus

als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

2. Abweichend von § 2 II. (2) AUB gelten Schutzimpfungen als erstmalige Infektion, soweit gegen die unter 1. genannten

Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

3. Abweichend von § 4 I. AUB beginnt der Versicherungsschutz für den Einschluss von Infektionskrankheiten nach a) und b) nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter 1. genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

4. Abweichend von § 9 I. AUB ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

14. Psychologische Betreuung

1. Wird aufgrund einer direkten Unfalleinwirkung oder einer Bedrohung mit Tod oder Körperverletzung oder unmittelbar nach einer Geiselnahme oder unmittelbar nach einem räuberischen Überfall, deren Opfer die versicherte Person geworden ist, eine psychologische Betreuung der versicherten Person erforderlich, werden die nachgewiesenen Behandlungskosten für medizinisch notwendige Therapien bis zu einem Betrag von 2.000 Euro erstattet.

Der Ausschluss nach § 2 IV. AUB bleibt trotz dieser Kosten-erstattung bestehen.

2. Die medizinische Notwendigkeit ist durch eine ärztliche Verordnung oder durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
3. Diese Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.
4. Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Versicherungsverträge beansprucht werden.

15. Passives Kriegsrisiko

Abweichend von § 2 I. (3) AUB wird der Versicherungsschutz hinsichtlich des passiven Kriegsrisikos bis zum Ende des 28. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält, ausgeweitet.

16. Bergungskosten

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wäre,
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.
2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1. a) einzustehen, ob-

wohl er keinen Unfall hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

3. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 50.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Krankenkasse) für die Bergungskosten eintritt. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Ersatzanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

4. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

17. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für

- a) Arzthonorare
- b) sonstige Kosten der kosmetischen Operation
- c) Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik
- d) Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, sofern es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt

2. Im Rahmen von 1. a) bis c) sind die dort genannten Honorare und Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 20.000 Euro versichert. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten nach 1. d) sind bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 Euro mitversichert.

3. Die Operation und die Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

5. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen gemäß 1. und 2. nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

18. Kosten einer Druckkammerbehandlung

1. Bei einer unfallbedingten tauchtypischen Gesundheitsschädigung (Caissonkrankheit Typ I und II oder Barotrauma) und einer daraus resultierenden notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig missachtet wurden.

2. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 20.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Krankenkasse) für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu o. g. Höhe erstattet.

3. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können Kosten einer Druckkammerbehandlung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

19. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

- In Ergänzung zu § 7 AUB erbringt der Versicherer nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen:
 - Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
 - Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
 - Schädelhirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung,
 - Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten. Lange Röhrenknochen sind die Unterarm-, Oberarm-, Unterschenkel- und Oberschenkelknochen. (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch) oder
 - Bruch beider Fersenbeine oder
 - gewebeerstörenden Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Bruch eines langen Röhrenknochens,
 - Bruch des Beckens,
 - Bruch der Wirbelsäule,
 - Bruch eines Fersenbeines,
 - gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs,
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
 - Erbblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.
- Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 8 AUB entsprechende Anwendung.
- Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Sofortleistung geltend gemacht werden konnte, erlischt der Anspruch auf Sofortleistung.
- Die Sofortleistung ist auf 10.000 Euro begrenzt.
- Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

20. Kurkostenbeihilfe

§ 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

- Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB eine Beihilfe, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AUB.
- Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- Ein Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld/Genesungsgeld (§ 7 IV. und V. AUB) besteht nicht, wenn die in Ziffer 1. und 2. geregelte Beihilfe gezahlt wird.
- Die Kurkostenbeihilfe, die sich ausschließlich auf die Erstattung der Kuranwendungen bezieht, erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 10.000 Euro.

- Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann eine Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

21. Umbau- und Umzugskosten

- Führt ein Unfall zu einer nach § 7 I. AUB zu bemessenden dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person von mindestens 50 Prozent und werden aufgrund dieser Invalidität Umbaumaßnahmen in der von der versicherten Person genutzten Wohnung oder ein Umzug der versicherten Person in eine neue Wohnung medizinisch erforderlich, ersetzt der Versicherer diese Kosten.
- Die Entschädigung erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 20.000 Euro. Die Geltendmachung dieser Kosten muss innerhalb eines Jahres nach endgültiger Feststellung des Invaliditätsgrads erfolgen.
- Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können die Umbau- und Umzugskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

22. Erhöhung des Mitwirkungsanteils

Abweichend von § 8 AUB wird eine Leistungskürzung erst dann vorgenommen, wenn der Mitwirkungsanteil unfallunabhängiger Krankheiten oder Gebrechen mindestens 50 Prozent beträgt.

23. Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene

- Für während der Wirksamkeit des Vertrags und vor Vollendung des 50. Lebensjahres des Versicherungsnehmers neu hinzukommende Ehegatten und leibliche Kinder wird für drei Monate nach Heirat oder Vollendung der Geburt beitragsfreier Versicherungsschutz gewährt.

Dieser Versicherungsschutz verlängert sich um weitere neun Monate, wenn der Versicherungsnehmer die Heirat oder die Geburt während der ersten drei Monate anzeigt.

- Es gelten nur die nachfolgenden Versicherungssummen für jede neu hinzukommende Person; alle Erweiterungen dieser Besonderen Bedingungen finden keine Anwendung.

Invalidität mit Progression (500 %)	30.000 Euro
bei Vollinvalidität	150.000 Euro
Unfallkrankenhaustagegeld	15 Euro
Genesungsgeld	15 Euro
Todesfall	3.000 Euro

- Bestehen für den Versicherungsnehmer bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, werden Leistungen für neuhinzukommende Ehegatten oder Kinder nur aus einem dieser Verträge gewährt.

24. Verdoppelung der Versicherungssummen bei Unfällen in öffentlichen Verkehrsmitteln

- Bei einem Unfall nach § 1 III. AUB verdoppeln sich die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen für die Leistungsarten Invalidität (hier die vereinbarte Invaliditäts-Grundsumme), Tod, Unfallkrankenhaustagegeld, Genesungsgeld und Unfalltagegeld, soweit die Leistungsart jeweils vertraglich vereinbart ist. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person den Unfall als Fahrgast eines öffentlichen Verkehrsmittels erleidet, der im ursächlichen Zusammenhang mit dessen Betrieb steht. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind dabei mitversichert.

Öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bestimmungen sind: im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßenbahnen, Eisenbahnen, Schiffe und Fähren; Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur; Flugzeuge im Linienverkehr (kein Charterverkehr).

- Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.
- Liegt dem Vertrag die progressive Invaliditätsstaffel zugrunde, wird die Mehrleistung (Mehrleistung ist der die In-

validitätsgrundsumme übersteigende Betrag) für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

25. Schmerzensgeld

1. Führt ein Unfall zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen, entsteht ein Anspruch auf Schmerzensgeld bis zu einem Betrag von maximal 3.000 Euro.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach der festgelegten versicherten Summe – unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages – und nach dem in der Tabelle festgesetzten Prozentsatz für Schmerzensgeld.

Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent – max. 3.000 Euro – werden jedoch nicht angenommen.

2. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht werden konnte, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.
3. Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

Schmerzensgeldtabelle

a) Brüche	
Schädeldach, Schädelbasis, Becken	100 %
Schultergelenk, Ellenbogen, Hüftgelenk, Knie	80 %
Arm, Bein, Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
Hand, Fuß, Handgelenk, Kiefergelenk, Sprunggelenk	40 %
Gesichtsschädel, Schulterblatt, Brustbein	30 %
sonstiges Gelenk	25 %
Schlüsselbein, Steiß, Rippe oder mehrere Rippen, Zehe oder mehrere Zehen	20 %
Finger oder mehrere Finger	10 %
b) Innere Verletzungen	
Operationsbedürftige Verletzungen an inneren Organen	30 %
c) Verbrennungen	
Verbrennungen 2. Grades von mindestens 10 % oder mehr der Körperoberfläche,	25 %
Verbrennungen 3. Grades von mindestens 5 % aber weniger als 10 % der Körperoberfläche,	30 %
Verbrennungen 3. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	50 %
d) Sonstige Verletzungen	
Distorsion der Halswirbelsäule	10 %
Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln – jeweils an Gliedmaßen oder Wirbelsäule	20 %
Schädelhirntrauma 2. Grades	25 %
Fingernagel- oder Fußnagelverletzung – jeweils mit der Folge vollständiger Nagelentfernung	10 %

26. Komageld

§ 7 AUB wird wie folgt erweitert:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma, werden für die Zeit dieses Zustandes, längstens jedoch für die Dauer von zehn Wochen, wöchentlich 150 Euro gezahlt.

27. Verbesserte Gliedertaxe

Abweichend von § 7 I. (2) AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb Ellenbogengelenks	70 %
Hand	65 %
Daumen*	30 %
Zeigefinger*	20 %
anderer Finger*	12 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
großer Zeh	12 %
andere Zehen	7 %
Auge	60 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %

* Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der Finger gilt maximal ein Invaliditätsgrad von 65 Prozent.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

28. Anzeigefrist für den Invaliditätsfall

Abweichend von § 7 I. (1) AUB muss die Invalidität innerhalb von 21 Monaten eingetreten und innerhalb einer Frist von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

Besondere Leistungen in der Kinder-Unfallversicherung

29. Kinderbetreuungsgeld

1. Kann das versicherte Kind wegen eines Unfalls im Sinne von § 1 AUB eine Kinderbetreuungseinrichtung (Kindergarten oder Kindertagesstätte) nicht besuchen oder nicht am Unterricht an einer allgemeinbildenden Schule oder gleichgestellten Einrichtung teilnehmen, zahlt der Versicherer ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 40 Euro pro Tag.
2. Der Versicherer zahlt das Kinderbetreuungsgeld für die Dauer des vollständigen unfallbedingten Fehlens in der Kinderbetreuungseinrichtung oder am Schulunterricht, längstens jedoch für 50 Tage vom Unfalltag an gerechnet.

Kein Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld besteht, wenn die Kinderbetreuungseinrichtung oder die Schule während der Ferien oder vorübergehend oder an sonstigen freien Tagen (z. B. an Wochenenden) geschlossen ist. Mehrere Abwesenheiten in der Kinderbetreuungseinrichtung oder Schule wegen desselben Unfalls gelten als ununterbrochenes Fehlen.

3. Der Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgelds ist vom Versicherungsnehmer durch Vorlage eines ärztlichen Attestes nachzuweisen.
4. Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, kann das Kinderbetreuungsgeld nur aus einem dieser Verträge beansprucht werden.
5. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet. Diese Leistungsart entfällt, sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

30. Rooming-in-Leistung

Sofern für das versicherte Kind ein Unfallkrankenhaustagegeld vereinbart ist, wird § 7 IV. AUB wie folgt erweitert:

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines Unfalls im Sinne von § 1 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit im Krankenhaus (Rooming-in), verdoppelt sich für höchstens 50 Übernachtungen das versicherte Unfallkrankenhaustagegeld.

Die Rooming-in-Leistung gilt für versicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

31. Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers

Hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von § 4 II. - IV. der AUB folgendes:

Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer, wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des

Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Beim Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsergebnisse gilt dies nicht. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz im Ausland, kann der Versicherungsschutz nicht gewährt bzw. nicht fortgeführt werden.

32. Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme

Abweichend von § 7 VI. gilt:

Werden beide bei der DEVK unfallversicherten Elternteile durch ein versichertes Unfallereignis tödlich verletzt und hat mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, verdoppelt sich die Todesfallleistung der Eltern. Die Erhöhung ist auf insgesamt 60.000 Euro beschränkt.

Bestehen bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

F – Besondere Bedingungen für die Versicherung der Unfallrente

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Einschluss von Vergiftungen durch Gifte, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren2. Gesundheitsschäden durch Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen3. Einschluss von Unfällen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen4. Unfälle infolge von Rettung von Menschen, Tieren und Sachen | <ol style="list-style-type: none">5. Todesfalleistung bei Verschollenheit6. Bergungskosten7. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten8. Kurkostenbeihilfe |
|---|--|

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Unfallrente (sofern vereinbart)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2013 Fassung DEVK, Stand 2013-06-01), soweit sich aus den nachfolgenden Regelungen nicht etwas anderes ergibt.

Ergänzend gelten für die Leistungsart Unfallrente (§ 7 II. AUB) noch folgende Regelungen:

1. **Einschluss von Vergiftungen durch Gifte, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren**

In Abänderung von § 1 V. AUB sind mitversichert: Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten sind ausgeschlossen.

2. **Gesundheitsschäden durch Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen**

Ergänzend zu § 1 III. AUB besteht Versicherungsschutz für

- den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist),
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

3. **Einschluss von Unfällen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen**

1. In Abänderung von § 2 II. (1) AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von § 1 III. AUB darstellen.

2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B. Schäden durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen- oder Laser- oder Maserapparaten darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

4. **Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen** Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleidet, gelten als Unfall nach § 1 III. AUB.

5. **Todesfalleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist)**

Ergänzend zu Ziffer § 7 VI. AUB gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

6. **Bergungskosten**

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer die entstandenen notwendigen Kosten für:

- a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,

b) Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,

c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wäre,

d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1.a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

3. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 5.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Krankenkasse) für die Bergungskosten eintritt. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Ersatzanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

4. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

7. **Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten**

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für

- a) Arzthonorare,
- b) sonstige Kosten der kosmetischen Operation,
- c) Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik,
- d) Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, sofern es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt.

2. Im Rahmen von 1. a) bis c) sind die dort genannten Honorare und Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000 Euro versichert. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten nach 1. d) sind bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 Euro mitversichert.

3. Die Operation und die Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

5. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen gemäß 1. und 2. nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

8. Kurkostenbeihilfe

§ 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird wie folgt erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB eine Beihilfe, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AUB.

2. Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
3. Ein Anspruch auf Unfallkrankhaustagegeld/Genesungsgeld (§ 7 IV. und V. AUB) besteht nicht, wenn die in Ziffer 1. und 2. geregelte Beihilfe gezahlt wird.
4. Die Kurkostenbeihilfe, die sich ausschließlich auf die Erstattung der Kuranwendungen bezieht, erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 1.000 Euro.
5. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann eine Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

G. – Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes bei der Unfallrente (Unfallrente Plus)

- | | |
|--|---|
| 1. Leistungsvoraussetzungen
2. Einmalzahlung im Versicherungsfall
3. Schmerzensgeld
4. Komageld | 5. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten
6. Einschluss von Infektionen und Impfschäden
7. Einschluss von Vergiftungen |
|--|---|

Die „Besonderen Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes bei der Unfallrente“ kann, sofern mit dem Versicherer nichts anderes vereinbart ist, von Personen bis zu 64 Jahren abgeschlossen werden, für die bei der DEVK eine Unfallrentenversicherung nach § 7 II. AUB besteht.

1. Leistungsvoraussetzungen

Ansprüche auf Leistungen nach den „Besonderen Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes bei der Unfallrente (Unfallrente Plus) können nur insoweit geltend gemacht werden, als ein Anspruch auf Zahlung einer Unfallrente nach den Besonderen Bedingungen für die Versicherung der Unfallrente entstanden ist.

Die Leistungsarten Schmerzensgeld (3.), Komageld (4.) und Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten (5.) dieser Bedingungen sind nicht an den Invaliditätsgrad nach § 7 II. AUB geknüpft, sondern können bei einem Versicherungsfall nach § 1 AUB geltend gemacht werden.

Eine möglicherweise vereinbarte Dynamik findet für die Versicherungsleistungen Schmerzensgeld (3.), Komageld (4.) und Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten (5.) keine Anwendung.

2. Einmalzahlung im Versicherungsfall

Der Versicherer zahlt eine einmalige Kapitalleistung in Höhe des 10-fachen der vereinbarten, monatlichen Rentenleistung. Die Kapitalleistung ist auf einen Höchstbetrag von 10.000 Euro beschränkt. § 7 II. (4) AUB gilt entsprechend.

3. Schmerzensgeld

- Führt ein Unfall zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen, entsteht ein Anspruch auf Schmerzensgeld bis zu einem Betrag von maximal 3.000 Euro.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach der festgelegten versicherten Summe – unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrags – und nach dem in der Tabelle festgesetzten Prozentsatz für Schmerzensgeld.

Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent – max. 3.000 Euro – werden jedoch nicht angenommen.

- Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht werden konnte, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.
- Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

Schmerzensgeldtabelle

a) Brüche	
Schädeldach, Schädelbasis, Becken	100 %
Schultergelenk, Ellenbogen, Hüftgelenk, Knie	80 %
Arm, Bein, Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
Hand, Fuß, Handgelenk, Kiefergelenk, Sprunggelenk	40 %
Gesichtsschädel, Schulterblatt, Brustbein	30 %

sonstiges Gelenk	25 %
Schlüsselbein, Steiß, Rippe oder mehrere Rippen, Zehe oder mehrere Zehen	20 %
Finger oder mehrere Finger	10 %
b) Innere Verletzungen	
Operationsbedürftige Verletzungen an inneren Organen	30 %
c) Verbrennungen	
Verbrennungen 2. Grades von mindestens 10 % oder mehr der Körperoberfläche,	25 %
Verbrennungen 3. Grades von mindestens 5 % aber weniger als 10 % der Körperoberfläche,	30 %
Verbrennungen 3. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	50 %
d) Sonstige Verletzungen	
Distorsion der Halswirbelsäule	10 %
Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln – jeweils an Gliedmaßen oder Wirbelsäule	20 %
Schädelhirntrauma 2. Grades	25 %
Fingernagel- oder Fußnagelverletzung – jeweils mit der Folge vollständiger Nagelentfernung	10 %

4. Komageld

§ 7 AUB wird wie folgt erweitert:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma, werden für die Zeit dieses Zustands, längstens jedoch für die Dauer von zehn Wochen, wöchentlich 150 Euro gezahlt.

5. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

- Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für
 - Arzthonorare,
 - sonstige Kosten der kosmetischen Operation,
 - Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik,
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, sofern es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt.
- Abweichend von Ziffer 7 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung der Unfallrente (sofern vereinbart) sind im Rahmen von 1 a) bis c) die dort genannten Honorare und Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 20.000 Euro versichert. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten nach 1 d) sind bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 Euro mitversichert.
- Die Operation und die Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die Be-

handlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.
5. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen gemäß 1. und 2. nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

6. Einschluss von Infektionskrankheiten und Impfschäden

1. Abweichend von § 1 III. und § 2 II. (3) AUB gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen

Borreliose, Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Lepra, Malaria, Pest, Pocken, Schlaf-(Tsetse)-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus

als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

2. Abweichend von § 2 II. (2) AUB gelten Schutzimpfungen als erstmalige Infektion, soweit gegen die unter 1. genannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
3. Abweichend von § 4 I. AUB beginnt der Versicherungsschutz für den Einschluß von Infektionskrankheiten nach a) und b) nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter 1. genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

4. Abweichend von § 9 I. AUB ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

7. Einschluss von Vergiftungen

In Abänderung von § 1 V. AUB sind mitversichert:

- Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten sind ausgeschlossen.
- Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse (auch allergische Reaktionen).
Ausgeschlossen bleiben durch Insektenstiche übertragene Infektionskrankheiten, soweit sie nicht in Ziffer 6 genannt sind.
- Vergiftungen durch Nahrungsmittel. Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.

H. – Besondere Bedingungen für die verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung bei unfallbedingter Dienst- oder Berufsunfähigkeit des Versicherten (BB Dienst-/Berufsunfähigkeit – 13)

Die nachfolgenden Regelungen gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, ausschließlich für Arbeitnehmer und Beamte der Deutschen Bahn.

1. Ergänzend zu den Bemessungsgrundsätzen in § 7 I. (2) und (3) AUB gilt Folgendes:
 - a) Die verbesserte Gliedertaxe des Premiumschutzes findet keine Anwendung.
 - b) Es wird ein Invaliditätsgrad von 100 Prozent angenommen, wenn durch einen Unfall nach § 1 AUB eine dauernde Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne oder eine dauernde Berufsunfähigkeit im arbeitsrechtlichen Sinn eintritt und medizinisch festgestellt wird. Die dauernde Dienst- oder Berufsunfähigkeit muss innerhalb einer Frist von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und festgestellt werden.
 - c) Der Versicherte muss wegen des in 1. b) beschriebenen Unfalls innerhalb einer weiteren Frist von einem Jahr wegen der dauernden Dienst- oder Berufsunfähigkeit rechtswirksam in den Ruhestand versetzt, aus dem Beamtenverhältnis entlassen werden oder aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden.
2. Wird der Versicherte wegen der durch den Unfall herbeigeführten Dienst- oder Berufsunfähigkeit nach Ziff.1. in den Ruhestand versetzt, aus dem Beamtenverhältnis entlassen

oder scheidet er aus dem Arbeitsverhältnis aus, hat der Versicherte den behördlichen Bescheid über diese Maßnahme unverzüglich der DEVK zu übersenden, und zwar in Urschrift oder in öffentlich beglaubigter Abschrift. Die DEVK ist berechtigt, ergänzende Auskünfte einzuholen. § 9 AUB bleibt unberührt.

3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis herbeigeführten dauernden Dienst- oder Berufsunfähigkeit nach 1. a) mitgewirkt, wird die Leistung, welche gegenüber einer nach § 7 Ziff. I. (2) und (3) AUB bemessenen Invaliditätsleistung anfällt, entsprechend dem Anteil der Krankheiten oder des Gebrechens gekürzt. Dies gilt jedoch nur, wenn der Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.
4. Wird der Versicherte in den Ruhestand versetzt oder scheidet er aus dem Arbeitsverhältnis aus, wird die Versicherung ohne diese Deckungserweiterung fortgeführt.
5. Anspruchsvoraussetzung und Bemessungsgrundlage für die Leistung aus der Progressiven Invaliditätsstaffel ist stets der tatsächlich nach § 7 I. AUB ermittelte Invaliditätsgrad, und nicht der nach 1. angenommene Invaliditätsgrad von 100 Prozent.
6. Diese Besonderen Bedingungen gelten nicht für den Aktivschutz und für die Leistungsart Unfallrente.

I. – Besondere Bedingungen für die Berufsunfallversicherung (BB Berufsschutz – 96)

1. Die Versicherung umfaßt nach Maßgabe der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) ausschließlich Unfälle während des Berufs sowie auf dem direkten Weg von und zur Arbeitsstätte, d.h. solche Unfälle, die Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB VII) oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.
2. (1) Dem Versicherer ist innerhalb von zwei Monaten Anzeige zu erstatten, wenn der Versicherte nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat. Bezüglich einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung gilt § 6 AUB.
- (2) Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen.

(3) Liegen bei Eintritt des Versicherungsfalls die Voraussetzungen für die Berufsunfallversicherung nicht vor, so hat der Versicherungsnehmer folgendes Wahlrecht:

- a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Erwachsene ergibt.
- b) Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.

Übt der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß (3) nicht aus, setzt sich der Vertrag nach (3) a) ab dem Zeitpunkt des Wegfalls der Tarifvoraussetzungen fort.

Die in 2. (3) vorgesehene Regelung gilt auch für den Fall, dass die Einschränkung des Versicherungsschutzes vereinbart wurde, obwohl beim Abschluss des Vertrags die Voraussetzungen nach 1. dieser Besonderen Bedingungen nicht vorlagen.

J. - Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha- und Assistance-Leistungen in der Unfallversicherung – (Tarife Aktiv, Komfort und Premium)

Wir erbringen folgende Assistance-Leistungen im Rahmen der nachstehend genannten Voraussetzungen.

Ein Anspruch auf die Übernahme der für die vermittelten Leistungen bzw. organisierten Dienste anfallenden Kosten besteht nur für die unter den Ziffern 5 und 6 genannten Dienstleistungen und nur in dem dort genannten Rahmen.

1. Was ist versichert

1.1 In Ergänzung zu § 1 AUB erbringen wir nach einem Unfall Hilfe- und Pflegeleistungen im nachfolgend beschriebenen Umfang durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister. Dieser erbringt entweder die Leistungen selbst oder lässt diese durch von ihm beauftragte Dritte erbringen (z. B. anerkannte Hilfsorganisationen, lokale Pflegedienste, Rehabilitationsdienste).

1.2 Die Leistungen werden ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

1.3 Erbrachte Hilfe- und Pflegeleistungen begründen keinen Anspruch auf andere Leistungen aus dem Unfallversicherungstarif (z. B. Invalidität). Diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung.

2. Leistungsvoraussetzung

2.1 Sie sind durch einen Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass Sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Sinne der nachstehenden Leistungsaufstellung Unterstützung benötigen (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Sie haben die Hilfsbedürftigkeit bei uns geltend gemacht. Kein Leistungsanspruch besteht, wenn Sie den Dienstleister für Leistungen nach den Ziffern 5 und 6 selbst ausgewählt haben.

2.3 Wir verzichten auf die Berücksichtigung einer Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit.

2.4 Die Leistungen gemäß Ziffer 5 setzen keine dauerhafte Invalidität voraus und werden auch dann erbracht, wenn die Hilfsbedürftigkeit nur vorübergehend ist.

2.5 Die Leistungen gemäß Ziffer 6.2 setzen voraus, dass nach erster ärztlicher Einschätzung eine voraussichtliche dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person um mindestens 20 Prozent vorliegt. Die voraussichtliche Beeinträchtigung ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

2.6 Die Hilfe- und Pflegeleistungen werden eingestellt, sobald sich im Rahmen der Prüfung herausstellt, dass die Voraussetzungen für eine unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit nicht vorliegen oder wegen anderer Ursachen kein Versicherungsschutz zu gewähren gewesen wäre. Wir behalten uns vor, Kosten für unberechtigt erhaltene Leistungen zurück zu verlangen.

2.7 In Ergänzung zu § 9 AUB sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen gemäß Ziffern 4 bis 6 notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

3. Umfang und Dauer der Leistungen

3.1 Über den Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen, insbesondere Umfang, Dauer und Häufigkeit, bestimmt ausschließlich der Dienstleister.

3.2 Umfang, Dauer und Häufigkeit des Leistungsanspruchs ergeben sich aus den jeweiligen Bestimmungen zu den einzelnen Hilfe- und Pflegeleistungen.

3.3 Die Kostenerstattung für die Leistungen gemäß Ziffer 5 ist auf 5.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt, sofern in den einzelnen Bedingungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist.

3.4 Die Hilfe- und Pflegeleistungen gemäß Ziffer 5 werden für eine Dauer von maximal sechs Monaten ab dem Unfalltag erbracht, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist.

3.5 Die Leistungen des Reha-Managements gemäß Ziffer 6 werden längstens bis zum Ende des dritten Unfalljahres ab dem Unfalltag erbracht.

3.6 Werden Kosten für versicherte Leistungen von Dritten ersetzt oder besteht ein Anspruch hierauf, können Sie Leistungen aus diesem Vertrag nur wegen der restlichen Ansprüche geltend machen. Bereits laufende Hilfeleistungen enden zum Zeitpunkt der Anerkennung durch den jeweiligen Kostenträger.

3.7 Bestehen für die versicherte Person bei den Gesellschaften der DEVK Versicherungen mehrere Unfallversicherungen, können Hilfe- und Pflegeleistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.

4. Informations- und Beratungsleistungen

4.1 Gesundheitsnavigator

4.1.1 Allgemeine Gesundheitsberatung

Wir informieren Sie bei allgemeinen Fragen rund um das Thema Medizin, insbesondere zu Diagnostik und Therapie. Auf Wunsch benennen wir Ihnen die entsprechenden medizinischen Dienstleister, z. B. Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten etc.

4.1.2 Information zu speziellen Gesundheitsfragen

Wir informieren Sie rund um die Themen Kinderkrankheiten, Vergiftungen, Insektenstiche, Tierbisse. Auf Wunsch benennen wir Ihnen die entsprechenden medizinischen Dienstleister, z. B. Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker etc.

4.1.3 Information zu speziellen Erkrankungen

Wir informieren Sie rund um die Erkrankungen Demenz, Morbus Parkinson. Auf Wunsch benennen wir Ihnen die entsprechenden medizinischen Dienstleister, z. B. Ärzte, Kliniken, Betreuungspersonen etc.

4.1.4 Zahnmedizinische Beratung

Wir informieren Sie rund um das Thema Zahnmedizin. Auf Wunsch benennen wir Ihnen die entsprechenden medizinischen Dienstleister, z. B. Zahnärzte, Zahnkliniken etc.

4.1.5 Arzneimittelberatung

Wir informieren Sie zu Arzneimitteln. Wir geben Ihnen Auskunft zu Wirkungen, Wechsel- und Nebenwirkungen, Wirkstoffen sowie Generika.

4.1.6 Impfberatung

Wir informieren und beraten Sie zu Impfempfehlungen und Impfabständen nach Vorgaben der Ständigen Impfkommission (STIKO).

4.1.7 Reisemedizinische Beratung

Wir informieren Sie über Klima und Einreisebestimmungen für Ihr Reiseland. Wir beraten Sie zu Impfvorschriften und Impfempfehlungen. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen eine Checkliste für die Reiseapotheke.

4.1.8 Information und Beratung nach Unfall

Wir informieren Sie nach einem Unfall über tauchtypische Erkrankungen, Erfrierungen, kosmetische Operationen etc. Auf Wunsch benennen wir Ihnen entsprechende medizinische Dienstleister, z. B. Ärzte, Kliniken, Druckkammern etc.

4.1.9 Psychologische Beratung

Wir informieren und beraten Sie in psychologischen Fragen, insbesondere bei unfallbedingten Problemen. Auf Wunsch benennen wir Ihnen entsprechende medizinische Dienstleister, z. B. Ärzte, Kliniken, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen etc.

- 4.1.10 Beratung zu Wellness, Fitness und Ernährung
Wir informieren Sie zu den Themen Wellness und Fitness. Außerdem beraten wir Sie zum Thema Ernährung. Dabei berücksichtigen wir die speziellen Bedürfnisse des Lebensabschnitts, z. B. Stillberatung, Ernährungsumstellung, Nahrungsergänzungsmittel, Sondenkost etc.
- 4.1.11 Beratung zu Testament, Betreuungsvollmachten, Bestattung
Wir informieren Sie zu den Themen Testament, Betreuungsvollmachten und Bestattung. Auf Wunsch senden wir Ihnen Mustervorlagen zu.
- 4.2 Kinder-Navigator
- 4.2.1 Information und Beratung zum Thema Freizeitgestaltung
Wir informieren und beraten Sie rund um das Thema kindgerechte Freizeitgestaltung. Hierzu gehören z. B.
- allgemeine Beratung zu Veranstaltungen in Ihrem Umfeld
- besondere Vereine und deren Programme
- Institutionen verschiedener Trägerschaften
- Freizeiteinrichtungen wie z. B. Kletterparks und Indoor-Spielplätze
- Ferienbetreuungsmaßnahmen
- 4.2.2 Information und Beratung zur Kinderbetreuung
Wir informieren und beraten Sie zum Thema Kinderbetreuung. In besonderen Lebenslagen kann hier eine individuelle Lösung notwendig sein. Auf Wunsch benennen wir Ihnen entsprechende Dienstleister, wie z. B. Kitas, Schulen, Tagesmütter und Babysitter.
- 4.3 Pflege-Navigator
- 4.3.1 Beratung zur Pflegeversicherung
Wir informieren und beraten Sie rund um das Thema Pflegeversicherung. Hierzu gehören z. B.
- allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
- Beratung zum Besuch des medizinischen Dienstes
- Hilfe beim Widerspruchsverfahren
- Beratung zur Beantragung sonstiger sozialer Leistungen
- 4.3.2 Beratung zur Pflege eines Angehörigen
Wir informieren und beraten Sie zur Pflege eines Angehörigen. Auf Wunsch benennen wir Ihnen Dienstleister zur Pflege und zu haushaltsnahen Dienstleistungen.
- 4.3.3 Beratung Kurzzeitpflege
Wir informieren und beraten Sie zum Thema Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Auf Wunsch benennen wir Ihnen entsprechende Dienstleister.
- 4.3.4 Beratung zur stationären Pflege
Wir informieren und beraten Sie zur stationären Pflege. Auf Wunsch benennen wir Ihnen entsprechende Einrichtungen.
5. Unfall-Assistance
- 5.1 Allgemeine Leistungen
- 5.1.1 Erstgespräch
Wir stellen in einem telefonischen Erstgespräch mit Ihnen, Ihren Angehörigen und, soweit erforderlich, in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt Ihren individuellen Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfelds fest.
- 5.1.2 Allgemeine Organisationsleistungen
Wir beauftragen und koordinieren alle Hilfe- und Pflegeleistungen entsprechend der versicherten Leistungen, überprüfen deren Ausführung und Anpassungsbedarf im Verlauf des Schadenfalls und stimmen uns hierbei mit Ihnen oder Ihren, Sie betreuenden Angehörigen ab.
- 5.1.3 Pflegeberatung
Beim ersten Besuch des Dienstleisters erfolgt vor Ort eine Überprüfung Ihres Bedarfs an Hilfeleistungen. Bei Bedarf erfolgt eine Beratung zu Pflegehilfsmitteln.
- 5.1.4 Menüservice
Wir organisieren für Sie täglich eine warme Hauptmahlzeit. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert. Auf Wunsch organisieren wir dies auch für Ihren Ehepartner oder den/die in Ihrer häuslichen Gemeinschaft wohnende/n Lebensgefährten/-in und die in Ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder.
- 5.1.5 Fahrdienst
Wir organisieren für Sie bis zu zweimal in der Woche einen Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien.
- 5.1.6 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen
Wir organisieren für Sie bis zu zweimal in der Woche einen Begleitservice zu Behördengängen und Arztbesuchen, sofern Ihr persönliches Erscheinen notwendig und eine Begleitung medizinisch erforderlich ist.
- 5.1.7 Wohnungsreinigung
Wir organisieren für Sie einmal in der Woche eine Reinigung Ihrer Wohnung oder Ihres Hauses. Die Reinigung ist beschränkt auf den Wohnbereich (z. B. Wohnraum, Küche, Schlafraum, Bad) der versicherten Person und erfolgt im üblichem Umfang, maximal jedoch vier Stunden. Voraussetzung dafür ist, dass die Wohnung oder das Haus vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.
- 5.1.8 Besorgungen und Einkäufe
Wir organisieren für Sie einmal in der Woche einen Einkaufsservice. Bei Bedarf werden Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel sowie ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen.
- 5.1.9 Wäscheservice
Wir organisieren für Sie einmal in der Woche einen Wäscheservice. Bei Bedarf wird Ihre Kleidung und Wäsche gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen, sowie die Schuhpflege.
- 5.1.10 Haustierbetreuung
Wir organisieren für Sie die Betreuung Ihrer Haustiere, sofern es sich um gewöhnliche Haustiere wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische etc. handelt und nicht um exotische Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung notwendig ist. Die Kosten werden bis maximal 150 Euro je Versicherungsfall übernommen.
- 5.1.11 Gartenpflege, Schneeräumung, Laubentfernung
Wir organisieren für Sie je nach Bedarf Gartenpflege, Schneeräumung oder Laubentfernung. Diese Leistungen werden bis zu zwei Stunden in der Woche erbracht. Die Kosten werden bis maximal 200 Euro je Versicherungsfall übernommen.
- 5.1.12 Pflegeschulung für Angehörige
Wir organisieren auf Wunsch für Ihre pflegenden Angehörigen eine einmalige Schulung durch eine Fachkraft für die Aufgaben der täglichen Pflege. Die Kosten werden bis maximal 150 Euro je Versicherungsfall übernommen.
- 5.1.13 Umbauberatung
Wir organisieren für Sie eine einmalige Beratung zum Umbau von Wohnung oder Haus sowie des Fahrzeugs. Die Kosten des Umbaus werden nicht übernommen. Diese sind in bestimmten Fällen erstattungsfähig im Rahmen des Unfallversicherungstarifs.
- 5.2 Besondere Leistungen für Kinder
- 5.2.1 Kinderbetreuung
Wir organisieren für Sie die Betreuung Ihrer in Ihrem Haushalt lebenden Kinder unter 16 Jahren, wenn Sie aufgrund eines Unfalls hierzu nicht in der Lage sind. Diese Leistung erbringen wir so lange, bis die Betreuung

anderweitig übernommen werden kann, z. B. durch Verwandte. Die Kosten für die Betreuung der Kinder werden im Rahmen der allgemeinen Leistungsgrenzen nach Ziffer 3.3 übernommen.

5.2.2 Rooming-in

Wir organisieren die elterliche Begleitung des versicherten minderjährigen Kindes während eines durch den Unfall notwendigen Krankenhausaufenthalts und übernehmen die Kosten der Übernachtung mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in).

5.2.3 Kinderbetreuung von Geschwisterkinder

Wir organisieren die Betreuung von Geschwisterkindern unter 16 Jahren, die im gleichen Haushalt wie das verunfallte Kind wohnen, wenn die Eltern wegen der Betreuung des verunfallten Kindes für die Betreuung der Geschwisterkinder nicht zur Verfügung stehen. Die Kosten für die Betreuung der Kinder werden im Rahmen der allgemeinen Leistungsgrenzen nach Ziffer 3.3 übernommen.

5.2.4 Familienhilfe

Wir organisieren für Sie eine Familienhilfe. Die Kosten für die Familienhilfe werden im Rahmen der allgemeinen Leistungsgrenzen nach Ziffer 3.3 übernommen.

5.2.5 Fahrdienst für Kinder

Wir organisieren für Sie einen Fahrdienst für Kinder unter zwölf Jahren, die in Ihrem Haushalt leben, wenn Sie oder eine andere Person zur Beförderung nicht in der Lage sind. Die hierdurch entstehenden Kosten werden bis maximal 500 Euro je Versicherungsfall übernommen.

5.2.6 Schülernachhilfe

Wir organisieren eine Nachhilfe für Ihr verunfalltes Kind, wenn es auf Grund des Unfalls länger als zwei Wochen schulunfähig wird. Die hierdurch entstehenden Kosten werden bis maximal 500 Euro je Versicherungsfall übernommen.

5.2.7 Besondere Leistung bei Kinderunfall

Nach einem Unfall übernehmen wir die Kosten für Unterhaltungsmedien wie z. B. Bücher oder Zeitschriften sowie ggf. Spielzeug für das verunfallte Kind. Die Kosten werden bis maximal 50 Euro je Versicherungsfall übernommen.

6. Reha-Management

6.1 Informations-Dienstleistung

Wir unterstützen Sie mit Informationen, Telefonnummern und Adressen zu:

- Rehabilitationsberatern
- Behindertentransport-Möglichkeiten
- Selbsthilfegruppen
- behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbände und Institutionen
- Soziale Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Möglichkeiten der betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- Gartenhelfer, Kinderbetreuer, Nachhilfelehrer
- Reparaturdienste (Kleinarbeiten zu Hause)

6.2 Erstbesuch

Nach dem Unfall vereinbaren wir mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für einen Besuch. Im Rahmen dieses Erstbesuchs erstellen wir entsprechend der jeweiligen Bedarfslage ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung. Dabei werden medizinische, berufliche, technische und soziale Belange der versicherten Person berücksichtigt.

Im Rahmen des persönlichen Besuchs, den wir zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha-Einrichtung durchführen, wird mit der verletzten versicherten Person – auf deren Wunsch unter Einbeziehung der Angehörigen und

der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten – die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Ärzte die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung, die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.

Sofern darüber hinaus Bedarf besteht, unterstützen wir Sie im Anschluss an den Erstbesuch auf Wunsch mit weiteren Leistungen gemäß Ziffern 6.3 bis 6.7.

6.3 Medizinische Rehabilitation

Wir unterstützen Sie bei der Feststellung Ihres individuellen Bedarfs und benennen und vermitteln Einrichtungen und Dienstleister für:

- Stationäre Heilbehandlung
- Reha-Maßnahmen
- Krankentransporte
- Psychologische Betreuung
- Ärztliche Zweitmeinung / Gutachten

Die Kosten für vermittelte Leistungen werden nicht übernommen.

6.4 Berufliche Rehabilitation

Wir benennen und vermitteln Personal- und Berufsberater. Die Kosten für vermittelte Leistungen werden nicht übernommen.

6.5 Technische Rehabilitation

Wir benennen und vermitteln:

- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für einen behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Transportunternehmen
- Ansprechpartner für den Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- spezialisierte Architekten und Baufirmen

Die Kosten für vermittelte Leistungen werden nicht übernommen.

6.6 Soziale Rehabilitation

Wir benennen und vermitteln:

- Rehabilitationsberater
- Verbände
- Institutionen
- Soziale Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung

Die Kosten für vermittelte Leistungen werden nicht übernommen.

6.7 Rehabilitation eines Kindes

Wir benennen und vermitteln:

- spezialisierte Kindergärten
- spezialisierte Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmütter
- Kinderkrankenpflegepersonal

Die Kosten für vermittelte Leistungen werden nicht übernommen.

K. – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die DEVK Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus (AKiUB 2013 Fassung DEVK, Stand 2013-06-01)

§ 1 Versicherte Personen
 § 2 Der Versicherungsfall
 § 3 Leistungsarten/Fristen
 § 4 Ausschlüsse
 § 5 Nicht versicherbare Personen
 § 6 Vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers
 § 7 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/vertragliche Gestaltungsrechte
 § 8 Beiträge, Fälligkeit und Verzug
 § 9 Einschränkung der Leistungen

§ 10 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls
 § 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
 § 12 Fälligkeit der Leistungen
 § 13 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
 § 14 Anzeigen und Willenserklärungen
 § 15 Verjährung
 § 16 Beitragsanpassung
 § 17 Gerichtsstände und anzuwendendes Recht
 § 18 Schlussbestimmungen

**§ 1
 Versicherte Personen**

I. Versichert werden können Personen, die das 1. Lebensjahr vollendet haben. Das Höchstalter für die Aufnahme in die Versicherung ist das 17. Lebensjahr. Die Versicherung endet spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

II. Die Versicherung wird zugunsten des versicherten Kindes abgeschlossen.

**§ 2
 Der Versicherungsfall**

I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen und Krankheiten, die beim Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrags eintreten.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus § 3; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.

II. Der Versicherungsschutz gilt in der ganzen Welt.

III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als unfreiwillig erlitten gelten auch Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleidet.

Als Unfall gelten Vergiftungen

- infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund;
- als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten sind ausgeschlossen.

IV. Als Unfall gilt zudem, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
- (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Als Unfall gelten auch

- der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist;
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug;
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

V. Als Krankheit gilt eine durch äußere oder innere Ursachen bedingte dauerhafte organische Störung der normalen körperlichen und psychischen Funktionen. Nicht hierunter fallen affektive und funktionelle Störungen. Als Krankheit gelten auch Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen, Strahlen, Impfungen und ärztliche Kunstfehler.

**§ 3
 Leistungsarten/Fristen**

Die vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entste-

hung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten nachfolgende Bestimmungen.

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Invaliditätsleistung

(1) Führt der Unfall oder eine Krankheit zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten – bei Krankheit mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent – entsteht ein Anspruch auf einen Kapitalbetrag aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent besteht der Anspruch auch für die ersten 24 Prozent der Invalidität.

Die Invalidität wird danach bemessen, inwieweit die normale körperliche und geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Würdigung verletzungs- oder krankheitsbedingter organischer (auch hirnorganischer) Schädigungen dauerhaft beeinträchtigt ist. Dabei bleiben andere als medizinische Gesichtspunkte außer Betracht.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder nach der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit eingetreten und spätestens innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

(2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.

a) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich folgende Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines

dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.

c) Werden durch den Unfall oder die Krankheit Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

d) Sind durch den Unfall oder die Krankheit mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, werden die Invaliditätsgrade, die sich nach (2) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.

(3) Wird durch den Unfall oder die Krankheit eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.

(4) Tritt der Tod innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit ein, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Stirbt der Versicherte später als ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

(5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Unfallkrankenhaustagegeld und Rooming-in bei Unfall (sofern vereinbart)

(1) Unfallkrankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

(2) Unfallkrankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

(3) Wird infolge eines versicherten Unfalls zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine ambulante Operation beim Versicherten vorgenommen, erhält dieser das vereinbarte Unfallkrankenhaustagegeld für die Dauer von fünf Tagen. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach III. besteht in diesem Fall nicht.

(4) Rooming-in-Leistung

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines Unfalls im Sinne von § 2 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit im Krankenhaus (Rooming-in), verdoppelt sich für höchstens 30 Übernachtungen das versicherte Unfallkrankenhaustagegeld.

Die Rooming-in-Leistung gilt für versicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

III. Genesungsgeld bei Unfall (sofern vereinbart)

(1) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Unfallkrankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 100 Tage, und zwar für den 1. bis 10. Tag 100 Prozent
für den 11. bis 20. Tag 50 Prozent
für den 21. bis 100. Tag 25 Prozent
des Unfallkrankenhaustagegelds.

(2) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

(3) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

IV. Todesfalleistung (sofern vereinbart)

Führt der Unfall oder die Krankheit innerhalb eines Jahres nach der erstmaligen ärztlichen Feststellung zum Tod des Versicherten, entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.

Zur Geltendmachung wird auf § 10 VII. verwiesen.

V. Bergungskosten bei Unfall

(1) Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe eines Betrags von 25.000 Euro die entstandenen notwendigen Kosten für:

a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,

b) Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,

c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,

d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

(2) Hat der Versicherte für Kosten nach (1)a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

(3) Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Ersatzanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

(4) Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

VI. Kurkostenbeihilfe bei Unfall

(1) Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 2 I. - IV. eine Beihilfe bis zu 5.000 Euro, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt § 9.

(2) Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

(3) Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, kann eine mitversicherte Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

(4) Ein Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld und Genesungsgeld besteht nicht.

VII. Mehrleistungen bei einem unfall- oder krankheitsbedingten Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

§ 3 I. wird wie folgt erweitert:

- (1) Führt ein Unfall oder eine Krankheit des Versicherten nach den Bemessungsgrundsätzen von I. zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- (2) Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, gilt ein Höchstbetrag von 200.000 Euro für alle Versicherungen zusammen.

VIII. Sofortleistung bei Schwerverletzungen durch einen Unfall

- (1) Der Versicherer erbringt nach einem Unfall des Versicherten gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung in Höhe von 5.000 Euro bei folgenden schweren Verletzungen:

Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,

Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,

Schädelhirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung,

Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,

Erbblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma

- Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten. Lange Röhrenknochen sind die Unterarm-, Oberarm-, Unterschenkel- und Oberschenkelknochen. (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch)
- oder
- Bruch beider Fersenbeine
- oder
- gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen
- oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
Bruch eines langen Röhrenknochens,
Bruch des Beckens,
Bruch der Wirbelsäule,
Bruch eines Fersenbeines,
gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs.

- (2) Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach (1)) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 9 entsprechende Anwendung.

Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Sofortleistung geltend gemacht werden konnte, erlischt der Anspruch auf Sofortleistung.

- (3) Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

IX. Kosten für kosmetische Operationen bei Unfällen

- (1) Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen,

übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten (ausgenommen Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten) für Arzthonorare, Medikamente, Verbandzeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

- (2) Bis zur Höhe eines Betrags von 10.000 Euro sind die nach (1) entstandenen Kosten mitversichert.
- (3) Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger für die Kosten eintritt, kann der Erstattungsanspruch nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer wenden. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.
- (4) Die Operation und die Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt wird.
- (5) Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
- (6) Bestehen für eine versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der DEVK, können beitragsfrei mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen bei Unfällen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

X. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten durch Unfall

- (1) Werden durch einen bedingungsgemäßen Unfall natürliche Schneide- oder Eckzähne beschädigt oder gehen sie verloren, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einem Höchstbetrag von 5.000 Euro.
- (2) Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger für die Kosten eintritt, kann der Erstattungsanspruch nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer wenden. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.
- (3) Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.
- (4) Bestehen für eine versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei der DEVK, können beitragsfrei mitversicherte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

XI. Kinderbetreuungsgeld in der Unfallversicherung

- (1) Kann das versicherte Kind wegen eines Unfalls im Sinne von § 2 eine Kinderbetreuungseinrichtung (Kindergarten oder Kindertagesstätte) nicht besuchen oder nicht am Unterricht an einer allgemeinbildenden Schule oder gleichgestellten Einrichtung teilnehmen, zahlt der Versicherer ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 25 Euro pro Tag.
- (2) Der Versicherer zahlt das Kinderbetreuungsgeld für die Dauer des vollständigen unfallbedingten Fehlens in der Kinderbetreuungseinrichtung oder am Schulunterricht, längstens jedoch für 50 Tage vom Unfalltag an gerechnet.

Kein Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld besteht, wenn die Kinderbetreuungseinrichtung oder die Schule während der Ferien oder vorübergehend oder an sonstigen freien Tagen (z. B. an Wochenenden) geschlossen ist. Mehrere Abwesenheiten in der Kinderbetreuungseinrichtung oder Schule wegen desselben Unfalls gelten als ununterbrochenes Fehlen.

- (3) Der Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgelds ist vom Versicherungsnehmer durch Vorlage eines ärztlichen Attestes nachzuweisen.
- (4) Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen, kann das Kinderbetreuungsgeld nur aus einem dieser Verträge beansprucht werden.
- (5) Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet. Diese Leistungsart entfällt, sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

XII. Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) (sofern vereinbart)

- (1) Die Versicherungssummen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Dabei werden die Versicherungssummen auf die im Tarif des Versicherers vorgesehene nächst höheren Mengeneinheit angepasst.

Folgende Versicherungsleistungen nehmen an der Erhöhung nicht teil:

Bergungskosten (Ziffer V.)
Kurkostenbeihilfe (Ziffer VI.)
Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer VIII.)
Kosten für Kosmetische Operationen (Ziffer IX.)
Zahnbehandlungskosten (Ziffer X.)
Kinderbetreuungsgeld (Ziffer XI.)

- (2) Der nach der Erhöhung der Versicherungssummen zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem gültigen Tarif des Versicherers.
- (3) Der Versicherungsnehmer erhält über die erhöhten Versicherungssummen einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
- (4) Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zusendung des Nachtrags zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf die Frist wird er hingewiesen.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Vertrag dann wieder mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.

- (5) Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

§ 4 Ausschlüsse

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

I. Unfälle und Krankheiten durch

- (1) Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Geisteskrankheit, Schwachsinn, Psychosen, Neurosen, psychische Reaktionen sowie epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn nachgewie-

sen wird, dass diese Störungen oder Anfälle durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall oder durch eine Krankheit verursacht waren und nach den übrigen vertraglichen Bestimmungen Versicherungsschutz besteht.

- (2) eine vorsätzliche Begehung oder den strafbaren Versuch einer Straftat
- (3) Aufruhr, Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn des Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich der Versicherte aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- (4) Beteiligung des Versicherten an Luftfahrten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- (5) Unfälle des Versicherten bei der Ausübung von Sport gegen Entgelt, wenn dieser zeitmäßig wie ein Beruf ausgeübt wird und dem überwiegenden Lebensunterhalt dient.
- (6) Beteiligung des Versicherten als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- (7) Kernenergie
- (8) Eine vorsätzliche widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers, eines gesetzlichen Vertreters oder des Sorgeberechtigten der versicherten Person
- (9) Konsum von Alkohol, Drogen und anderen such- oder rauscherzeugenden Stoffen, nicht ärztlich verordneter Gebrauch von Medikamenten. Dieser Ausschluss gilt nicht für Versicherte, die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Vergiftungen durch Lebensmittel sind in jedem Falle ausgeschlossen.

II. Gesundheitsschäden als Folge von Unfällen durch

- (1) Strahlen;

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B. Schäden durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

- (2) Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische Maßnahmen, durch einen Arzt oder un-

ter ärztlicher Aufsicht erfolgen und entweder durch einen unter diesen Vertrag fallenden Versicherungsfall veranlasst waren oder wenn für die Folgen nach den sonstigen Bestimmungen des Vertrags Versicherungsschutz besteht.

- III. Krankheiten, Behinderungen, Geburtsschäden und sonstige Anomalien, die bereits vor der Wirksamkeit des Vertrags ärztlich festgestellt waren oder die sich während der Laufzeit des Vertrags verschlimmert oder zu Folgekrankheiten geführt haben. Versicherungsschutz besteht aber, wenn der Versicherer diese Krankheiten ausdrücklich durch Aufnahme in den Versicherungsschein mitversichert hat.
- IV. Absichtliche Herbeiführung von Krankheiten durch den Versicherten, absichtliche Selbstverletzung oder Selbsttötung sowie der Versuch einer solchen Tat.
- V. Erworbene Immunschwächekrankheit (AIDS).

§ 5

Nicht versicherbare Personen

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald eine versicherte Person im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung. In diesem Fall ist der seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag zurückzuzahlen.

§ 6

Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

- I. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

- II. (1) Voraussetzungen des Rücktritts
Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.
- (2) Ausschluss des Rücktrittsrechts
Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

- (3) Folgen des Rücktritts
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der

unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

- III. Kündigung
Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

- IV. Rückwirkende Vertragsanpassung
Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Textform kündigen.

- V. Ausübung der Rechte des Versicherers
Der Versicherer muss die ihm nach II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in den II. bis IV. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

- VI. Anfechtung
Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 7

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/ vertragliche Gestaltungsrechte

- I. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nach § 8 rechtzeitig zahlt, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- II. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- III. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner

(1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer.

Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; andernfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr.

- (2) wenn von dem Versicherer aufgrund eines Versicherungsfalles eine Zahlung geleistet wurde oder der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert hat oder der Versicherungsanspruch rechtshängig geworden ist.

Das Recht zur Kündigung, die seitens des Versicherers mit einer Frist von einem Monat, seitens des Versicherungsnehmers mit sofortiger Wirkung oder zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode zu erfolgen hat, erlischt, wenn es nicht spätestens einen Monat, nachdem die Zahlung geleistet, die Leistung abgelehnt oder der Rechtsstreit durch Klagerücknahme, Anerkennnis oder Vergleich beigelegt wurde oder das Urteil rechtskräftig geworden ist, ausgeübt wird.

- IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald eine versicherte Person im Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.
- V. Die Versicherung endet vertragsgemäß – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- VI. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz im Ausland, kann der Versicherungsschutz nicht gewährt bzw. nicht fortgeführt werden.

§ 8

Beiträge, Fälligkeit und Verzug

- I. Erstbeitrag
 - (1) Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat. Der erste oder einmalige Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – sofort nach Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn, fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung sowie nach Ablauf der im Versicherungsantrag genannten Widerrufsfrist von 14 Tagen unverzüglich (d. h. innerhalb von weiteren 14 Tagen) erfolgt.
 - (2) Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags. Die nach dieser Vereinbarung zunächst nicht fälligen Teile des Beitrags sind gestundet. Gerät der Versicherungsnehmer mit einer Rate in Verzug, ist die Stundung aufgehoben.
 - (3) Ist monatliche Zahlungsweise des Gesamtbeitrages (Jahresbeitrages) vereinbart, wird bei der Ratenzahlung ausgehend vom Gesamtbeitrag die Monatsrate ermittelt und auf volle 0,10 Euro aufgerundet. Ist jährliche Zahlungsweise vereinbart, können die Jahresbeiträge auf volle 0,10 Euro aufgerundet werden.
 - (4) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
 - (5) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- II. Folgebeitrag
 - (1) Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
 - (2) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
 - (3) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach (4) und (5) mit dem Fristablauf verbunden sind.
 - (4) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach (3) darauf hingewiesen wurde.
 - (5) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Die Kündigung kann mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer (3) dergestalt erklärt werden, dass sie mit Ablauf der Zahlungsfrist wirksam wird. Hat der Versicherer gekündigt und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats nach Fristablauf den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- III. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung
 - (1) Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.
 - (2) Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.
- IV. Bei Teilzahlung des Jahresbeitrags werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrags sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät.
- V. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei vollständigem oder teilweisem Wegfall versicherter Risiken gilt: Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.
- VI. Im Fall des § 7 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.
- VII. Hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, wird die Versicherung bei seinem Tod während der Vertragsdauer – ungeachtet der Ursache, nicht jedoch durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse – mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahrs beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte

cherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz im Ausland, kann der Versicherungsschutz nicht gewährt bzw. nicht fortgeführt werden.

§ 9

Einschränkung der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

§ 10

Die Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls

- I. Nach einem Unfall oder nach Eintritt einer Krankheit, die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten.

Der Versicherungsnehmer als auch der Versicherte haben den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfall- und Krankheitsfolgen möglichst zu mindern.

- II. Die vom Versicherer übersandte Schadenanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherungsnehmer hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.
- IV. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- V. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind von der Schweigepflicht im Rahmen von § 213 Versicherungsvertragsgesetz zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- VI. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attests zu begründen.
- VII. Hat der Unfall oder die Krankheit den Tod zur Folge, müssen die aus dem Versicherungsvertrag Begünstigten dies innerhalb von 48 Stunden nach Kenntnis melden, auch wenn der Versicherungsfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch, per Fax oder per E-Mail erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

§ 11

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- I. Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte.
- II. Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm nach I. zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

§ 12

Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt

- bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Grundsumme,
- bei Unfallkrankenhaustagegeld bis zu einem Unfallkrankenhaustagegeldsatz

der Versicherer.

- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls oder der ärztlichen Feststellung der Krankheit nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

- III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.
- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls bzw. der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

- V. Abweichend von IV. wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von drei Jahren auf fünf Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

§ 13

Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag steht, wenn nichts anderes vereinbart ist, nicht dem Versicherten, sondern ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

Ist der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber von der Verpflichtung zur Leistung frei, gilt dies auch gegenüber allen mitversicherten und sonstigen Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 14

Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- II. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.

§ 15

Verjährung

Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

§ 16

Beitragsanpassung

- I. Der Versicherer ist berechtigt, den Beitrag bzw. den Beitragssatz für gleichartige Risiken der Kostenentwicklung und dem Schadenbedarf anzupassen. Dabei hat er die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik anzuwenden. Die Anpassung des Beitrags bzw. des Beitragssatzes gilt mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge, wenn sie von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Der neukalkulierte Beitrag bzw. Beitragssatz darf nicht höher sein als die Beiträge des Tarifs für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifierungsmerkmalen und vergleichbarem Deckungsumfang. Sie werden mit Beginn der nächsten Versicherungsperiode wirksam.

Vermindert sich der Tarifbeitrag, ist der Versicherer verpflichtet, den Beitrag für bestehende Verträge mit gleichen Tarifierungsmerkmalen und gleichem Deckungsumfang ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrags zu senken.

- II. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Beitragserhöhung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.

§ 17

Gerichtsstände und anzuwendendes Recht

- I. Klagen gegen den Versicherer
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- II. Klagen gegen den Versicherungsnehmer

Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist.

- III. Unbekannter Wohnsitz des Versicherungsnehmers

Sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

- IV. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 18

Schlussbestimmung

Soweit nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

L. – Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn“

§ 3 Geschäftsjahr

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 5 Mitgliedschaft

1. Dem Verein können als Mitglieder beitreten:
 - a) Eisenbahner,
 - Angehörige der Eisenbahn-Nebenbetriebe,
 - Mitarbeiter von Unternehmen, deren Grund- oder Stammkapital im Mehrheitsbesitz eines Eisenbahnunternehmens steht,
 - Mitarbeiter von Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören,
 - Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ und der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“
 - Mitarbeiter und Mitglieder der gesetzlichen Sozialeinrichtungen sowie Mitarbeiter der Einrichtungen gem. §§ 13, 14, 15 des Gesetzes zur Zusammenführung und Neugliederung der Bundeseisenbahnen;
 - Vertrauensärzte der Eisenbahn und ihrer Sozialversicherungsträger,
 - Mitarbeiter von Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 I Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
 - sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden
 - oder
 - sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 % beteiligt sind, betrieben werden
 - sowie Mitarbeiter von deren Beteiligungsunternehmen
 - sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen,
 - Mitarbeiter von Unternehmen oder öffentlichen Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen erstellen, sofern die Mitarbeiter vom Vorstand allgemein oder im Einzelfall für die Mitgliedschaft zugelassen sind.
 - Mitarbeiter des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und seiner nachgeordneten Behörden sowie der „Autobahn Tank & Rast Holding GmbH“.
 - Vorstehendes gilt auch für nicht mehr aktive Mitarbeiter, sofern sie Versorgungsbezüge erhalten und deren versorgungsberechtigte Hinterbliebene.
 - b) Die unter a) genannten Dienstherren und Arbeitgeber.
 - c) Vereinigungen der oben bezeichneten Personen.
2. Die Mitgliedschaft wird durch Abschluss einer Versicherung mit dem Verein erworben. Sie beginnt mit dem In-Kraft-Treten der Versicherung und endet mit ihrem Erlöschen.
3. Das Mitglied ist verpflichtet, dem Verein den Fortbestand der Voraussetzungen für den Erwerb der Vereinsmitgliedschaft auf Verlangen nachzuweisen. Den Wegfall der Voraussetzungen hat das Mitglied unverzüglich anzuzeigen.
4. Ausnahmsweise können auch für einen vom Vorstand festzulegenden Personenkreis Versicherungen gegen feste Prämien derart abgeschlossen werden, dass der Versicherungsnehmer nicht Mitglied des Vereins wird, er somit weder Anspruch auf Überschussverteilung hat noch nachschusspflichtig ist. Auf solche Versicherungen dürfen zusammen höchstens 10 % der Beitragseinnahme entfallen.

5. Sofern eine Versicherung gemäß § 5 Ziffer 4. der Satzung nicht in Betracht kommt, ist der Verein, sobald er von dem Wegfall der unter Ziffer 1. genannten Voraussetzungen Kenntnis erlangt, verpflichtet, das Versicherungsverhältnis spätestens 3 Monate vor Ablauf des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Hat die Dreimonatsfrist bereits begonnen und ist deshalb die Kündigung zum Ende des laufenden Versicherungsjahres nicht mehr zulässig, ist das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.

§ 13 Nachzahlung

1. Wenn die laufenden Einnahmen eines Jahres zur Deckung der Jahresausgaben nicht ausreichen und die Verlustrücklage, soweit sie nach dieser Satzung herangezogen werden kann nicht die Mittel bietet, den Mehrbedarf zu bestreiten, ist zur Deckung des weiterhin fehlenden Betrags eine einmalige Nachzahlung von den am Schluss des Verlustjahres versicherten Mitgliedern im Verhältnis ihres Beitrags in diesem Jahr zum ungedeckten Betrag zu erheben. Die Nachzahlung darf die Höhe eines Jahresbeitrags nicht überschreiten.
2. Die Nachzahlung wird durch den Vorstand ausgeschrieben. Jedem beitragspflichtigen Mitglied ist unter Angabe der Nachzahlung und der Zahlungsfrist eine schriftliche Zahlungsaufforderung zuzustellen. Die Zahlungsfrist muss mindestens vier Wochen betragen. Die Verzugsfolgen richten sich nach § 38 des Versicherungsvertragsgesetzes.

§ 14 Rücklage, Beitragsrückerstattung und Überschussverteilung

A. Rücklage

1. Mindestens 20% des Jahresüberschusses sind der Verlustrücklage (§ 37 VAG) solange zuzuführen, bis diese die Hälfte der Jahresbeitragseinnahme, mindestens jedoch 2 Millionen €, erreicht oder wieder erreicht hat. Die Verlustrücklage ist bestimmt, die Verpflichtungen des Vereins in außerordentlichen Bedarfsfällen zu decken.
2. Solange die Verlustrücklage nicht mindestens einen Betrag von 1 Million € erreicht hat, darf sie zur Deckung eines Bilanzverlustes erst dann herangezogen werden wenn nach Erhebung einer Nachzahlung nach § 13 in Höhe eines Jahresbeitrags noch ein Fehlbetrag verbleibt.

B. Beitragsrückerstattung

1. Soweit Überschüsse aus dem versicherungstechnischen Geschäft nicht der Deckung von Ausgaben oder der Bildung von Rücklagen und Rückstellungen dienen, kann der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates bestimmen, welcher Betrag für eine Überschussverteilung an die Mitglieder zurückzustellen ist.
2. Vorstand und Aufsichtsrat können im Rahmen der Feststellung des Jahresabschlusses weitere Beträge der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuführen.
3. Beitragsrückerstattungen können für alle oder einzelne versicherte Wagnisse erfolgen. Die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung dürfen nur zur Beitragsrückerstattung an die Mitglieder verwendet werden.
4. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrates, wann und welche Anteile aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung den Mitgliedern zur Verfügung gestellt werden.
5. Die Höhe der Beitragsrückerstattung richtet sich nach dem am 31. 12. maßgebenden Jahresbeitrag. Im Übrigen kann sie nach der Dauer der schadenfreien Versicherungszeit gestaffelt werden.

Mitglieder,

 1. deren Versicherungsvertrag nicht während des ganzen Versicherungsjahres bestanden hat,

2. deren Versicherungsvertrag mit Wirkung für das Geschäftsjahr gekündigt worden ist,
3. die im letzten Jahr einen Schadenfall gemeldet haben, für den Entschädigungsleistungen erbracht oder Rückstellungen gebildet worden sind oder
4. deren Anspruch auf Beitragsrückerstattung den Betrag von 5 € nicht übersteigt,

können von der Beitragsrückerstattung ausgenommen werden.

- c) für Leitungswasserversicherung §§ 1 bis 4, 5 Ziffer 2, 15, 17 und 19,
- d) für Sturmversicherung §§ 1 bis 4, 5 Ziffer 2, 15, 17 und 19,
- e) für Glasversicherung §§ 1 bis 2, 4, 8 bis 11,
- f) für Hausratversicherung §§ 1 bis 6, 7 Ziffer 2, 16, 18, 19 und 21,
- g) für Wohngebäudeversicherung §§ 1 bis 7, 8 Ziffer 2, 18, 20 und 22,
- h) für Unfallversicherung

- aa) §§ 2 bis 9 und 15 der „Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung“;
- bb) §§ 2 bis 12 und 18 der „Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB)“;
- i) für Haftpflichtversicherung §§ 1 bis 5, 8 und 9

und der Tarife gelten, soweit dies nicht ausdrücklich ausgeschlossen wird, auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse.

Änderungen der §§ 13, 14 und 16 der Satzung gelten auch für die bestehenden Versicherungs- und Mitgliedschaftsverhältnisse.

2. Die Hauptversammlung kann bei der Beschlussfassung über Änderungen der Satzung die Wirkung für bestehende Versicherungs- und Mitgliedschaftsverhältnisse ausdrücklich ausschließen.

C. Überschussverteilung

Wird ein sich nach der Bilanz ergebender Überschuss verteilt, sind nur die am Schluss des Geschäftsjahres vorhandenen Mitglieder mit mindestens einjähriger Versicherungszugehörigkeit beteiligt.

§ 16 Auflösung des Vereins

1. Der Verein kann durch Beschluss der Hauptversammlung aufgelöst oder mit einem anderen Versicherungsunternehmen verschmolzen werden.
2. Die Abwicklung geschieht durch den Vorstand unter Aufsicht des Aufsichtsrates.
3. Bei Auflösung erlöschen die mit dem Verein abgeschlossenen Versicherungen mit dem Zeitpunkt, der durch den Beschluss der Hauptversammlung bestimmt wird. Über den nach Tilgung oder Sicherstellung aller Verbindlichkeiten verbleibenden Überschuss beschließt die Hauptversammlung.

§ 17 Änderung der Satzung, der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife

1. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
 - a) für Feuerversicherung §§ 1 bis 4, 6, 15, 16 und 18,
 - b) für Einbruchdiebstahlversicherung §§ 1 bis 4, 6, 15, 16, 17 Ziffer 3, 18 und 20,

Fassung vom 1. Juni 2012

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrnehmung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrags hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die – wie z. B. beim Arzt – einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) und Daten, die zu Werbezwecken für DEVK-Produkte und sonstige Finanzdienstleistungen genutzt werden dürfen. Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes gespeichert (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die

Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beanttragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austauschs von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

Kfz-, Sach- und Allgemeine Haftpflichtversicherung

An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind sowie in bestimmten Fällen von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags oder Regulierung eines Schadens kann es notwendig sein, dass wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS richten und die Ergebnisse der Anfragen speichern. Im Schadenfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Rechtsschutzversicherung:

An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken. Verträge werden gemeldet, wenn ungewöhnlich häufig Rechtsschutzfälle gemeldet werden. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikohöhere Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zum konkreten Grund der Meldung benötigen.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) – und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien – werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl; d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Ver-

träge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl all diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zz. folgende Unternehmen an:

- DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G.
- DEVK Rückversicherungs- und Beteiligungs-AG
- DEVK Vermögensvorsorge- und Beteiligungs-AG
- DEVK Allgemeine Versicherungs-AG
- DEVK Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- DEVK Krankenversicherungs-AG
- DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G.
- DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG
- DEVK Pensionsfonds-AG
- DEVK Service GmbH
- DEVK Unterstützungskasse GmbH
- DEVK Versorgungskasse GmbH

Postanschrift aller Unternehmen:
DEVK Versicherungen, 50729 Köln

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen auch mit Kreditinstituten und Bausparkassen außerhalb der Gruppe zusammen. Zurzeit kooperieren wir mit:

- Vorsorge Lebensversicherungs-AG
- Cardif Allgemeine Versicherung
- Cardif Lebensversicherung
- BHW Bausparkasse AG
Bausparkasse für den öffentlichen Dienst
- Bausparkasse Schwäbisch Hall AG
- ACV Automobil-Club Verkehr
- Sparda-Bank Augsburg eG
- Sparda-Bank Baden-Württemberg eG
- Sparda-Bank Berlin eG
- Sparda-Bank Hamburg eG
- Sparda-Bank Hannover eG
- Sparda-Bank Hessen eG
- Sparda-Bank München eG
- Sparda-Bank Münster eG
- Sparda-Bank Nürnberg eG
- Sparda-Bank Ostbayern eG
- Sparda-Bank Südwest eG
- Sparda-Bank West eG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten – sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners – werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften, sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen u. a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu den Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrags. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrags oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten der DEVK Versicherungen. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten.