Kundeninformation zur Unfallversicherung

Verbraucherinformation

Erläuterungen und Hinweise

Versicherungsbedingungen

(Stand 01.08.2021)

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

DEVK Allgemeine Versicherungs-AG

41070/10/2026

Inhaltsverzeichnis **Seite**

Verbraucherinformation zur DEVK-Unfallversicherung **3 - 5**

Erläuterungen und Hinweise **6 - 9**

IPID Informationsblatt zur Unfallversicherung **10 - 11**

Produktbeschreibung **12 - 14**

Teil U – Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2021 Fassung DEVK Stand 01.08.2021)

– Abschnitt U1 – private Unfallversicherung 15 - 62

– Abschnitt U2 – Versicherung von Reha- und Assistance-Leistungen 63 - 69

Allgemeiner Teil (B) **70 - 76**

Hinweise zum Datenschutz **77 - 85**

Satzung (C) **86 - 87**
Auszüge aus den Satzungen der DEVK Versicherungen

Verbraucherinformation zur DEVK-Unfallversicherung

Wer ist Ihr Vertragspartner?

- Ihr Vertragspartner ergibt sich aus ihrem Versicherungsschein und den jeweiligen Satzungen. Danach ist Ihr Vertragspartner entweder die

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

  Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 8234
  USt-IdNr. DE 122 808 997

  oder die

  DEVK Allgemeine Versicherungs-AG

  Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 7935
  USt-IdNr. DE 811 201 404

  Riehler Straße 190
  50735 Köln

  Die Mitglieder des Vorstandes sowie des jeweiligen Aufsichtsratsvorsitzenden sind dem Antrag, der Police und der Beitragsaufstellung zu entnehmen.

  Service-Telefon: 0800 4-757-757 (gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz) – 24-Stunden-Hotline
  E-Mail: info@devk.de
  Internet: www.devk.de

- Unser Vertragspartner sind Sie als Versicherungsnehmer.

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 Allgefahrenversicherung)

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 Antragstellung 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 Versicherungsteuer, 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?

Wir haben Sie über die Möglichkeit des Widerrufs Ihrer Vertragserklärung sowie dessen Folgen in Ihrem Antrag hingewiesen. Insofern verweisen wir auf diese Information im Antrag.

Wie lange läuft der Vertrag und welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie?

Die Versicherung wird zunächst bis zum 31.12. um 24:00 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

Wichtiger Hinweis

Aufgrund europarechtlicher Vorschriften müssen wir auf folgenden Umstand hinweisen:

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

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

Bei Fragen und Kritik hilft Ihnen unsere für Sie zuständige Regionaldirektion gerne weiter.

Wenn Sie mit der Bearbeitung Ihres Anliegens nicht zufrieden sind und Anlass zur Beschwerde haben, können Sie sich aber auch an folgende Kontaktadresse wenden.

Vorstand der DEVK Versicherungen
Ressort Qualitätsmanagement
Riehler Straße 190
50735 Köln

Online über unser Kontaktformular unter: www.devk.de/rechtliches/streitbeilegung

Wir antworten auf Ihre Beschwerde innerhalb von acht Tagen. Sollte sich die Bearbeitung verzögern, werden wir Sie über die Gründe informieren.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleitungsaufsicht (BaFin)
- Bereich Versicherungen -
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie Ihren Anspruch zuvor erfolglos bei Ihrem Versicherungsunternehmen geltend gemacht haben und dass über den Gegenstand der Beschwerde noch kein Gericht eine Sachentscheidung getroffen hat oder die Streitigkeit bei einem Gericht anhängig ist.

Sie erreichen den Ombudsmann unter:

Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Postfach: 08 06 32, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000 (Anruf aus dem deutschen Telefonnetz kostenfrei)

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

Erläuterungen und Hinweise

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 uns abschließen?

Versichert werden – in dem jeweils für das Lebensalter gültigen Tarif – Personen ab der vollendeten Geburt. Ausnahme: Die Unfallrente für Kinder kann erst ab dem vollendeten 1. Lebensjahr abgeschlossen werden. Da der Unfallversicherungsschutz im Alter besonders wichtig ist, führen wir bestehende Unfallversicherungen unverändert fort.

Wer kann keine private Unfallversicherung bei uns abschließen?

Nach Ziffer 4 aus Abschnitt U1 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.

Aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit versichern wir nicht:
- 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 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

Wo und wann schützt die private Unfallversicherung?

Weit über die gesetzliche Unfallversicherung hinaus gilt unsere Unfallversicherung 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 Sie folgende Leistungsarten vereinbaren. 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), zahlen wir bei vollständiger Invalidität die volle, bei Teilinvalidität der dem Grad der Invalidität entsprechende Teil der Versicherungssumme als Kapital. Die Bemessung des Invaliditätsgrads richtet sich nach der „Gliedertaxe“ in Ziffer 2.1.2.2.1 aus Abschnitt U1. Sofern Körperfunktionen dort nicht aufgeführt sind, richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades ausschließlich unter Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte. Haben Sie sich für die Absicherung der Invaliditätsleistung als Kapitalzahlung entschieden, so können Sie unter drei verschiedenen Produktvarianten – Basis-, Komfort- oder Premium-Schutz – wählen.

Erweiterung der Invaliditätsleistung

Um den bei hohen Invaliditätsgraden besonders großen Finanzbedarf abzusichern, bieten wir Ihnen die Progressive Invaliditätsstaffel 500 Prozent an:

– **Progressivstaffeln 225 und 500 Prozent**
Bei Invalidität über einem Grad von 25 Prozent ergibt sich eine im Vergleich zur normalen Invaliditätsleistung progressive Leistung. Die genauen Prozentsätze sind in den Ziffern 9.15, 10.27 und 11.31 aus Abschnitt U1 der jeweiligen Produktvarianten (Basis, Komfort und Premium) abgedruckt. Die Mehrleistung aus der Progression 500 Prozent ist je Unfall auf 1 Mio. Euro für alle bei uns bestehenden Unfallversicherungen begrenzt.

– **Mehrleistung ab 90 Prozent Invalidität (gilt nur für den Senioren-Tarif)**
Bei einer Invalidität ab 90 Prozent zahlen wir die doppelte Leistung, also maximal 200 Prozent bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent. Die Mehrleistung ist je Unfall auf 200.000 Euro für alle bei uns bestehenden Unfallversicherungen begrenzt.

- **Unfallrente**

Wenn als Folge eines Unfalls die körperliche und/oder die geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft zu mindestens 50 Prozent beeinträchtigt ist, zahlen wir ab dem Unfallzeitpunkt die vereinbarte monatliche Unfallrente lebenslang. Die Bemessung des Invaliditätsgrads richtet sich nach der „Gliedertaxe“ in Ziffer 2.1.2.2.1 aus Abschnitt U1. Sofern Körperfunktionen dort nicht aufgeführt sind, richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades ausschließlich unter Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte. Haben Sie sich für die Absicherung der Unfallrente entschieden, so können Sie unter drei verschiedenen Produktvarianten – Basis-, Komfort- oder Premium-Schutz – wählen.

Ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, ist in allen Produktvarianten vereinbart:

Mehrleistung ab 90 Prozent Invalidität

Bei einer Invalidität ab 90 Prozent zahlen wir die doppelte Rentenleistung, soweit zum Unfallzeitpunkt der Versicherte das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Mehrleistung ist je Unfall auf 2.000 Euro für alle bei uns bestehenden Unfallversicherungen begrenzt. Ab Vollendung des 65. Lebensjahres zahlen wir die Mehrleistung ab 90 Prozent nicht mehr!

Ebenfalls versichert ist die Zahlung einer anteiligen Unfallrente für einen festen Zeitraum, sofern der Invaliditätsgrad mindestens bei 30 Prozent im Premium-Schutz und bei mindestens 40 Prozent im Komfort-Schutz liegt.

- **Tagegeld**

Tritt durch einen Unfall Arbeitsunfähigkeit ein, zahlen wir für die Dauer der ärztlichen Behandlung, entsprechend der Beeinträchtigung, den vereinbarten Tagessatz – längstens für 72 Wochen vom Unfalltag an.

- **Unfallkrankenhaustagegeld mit Genesungsgeld**

Ist nach einem Unfall eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus notwendig, zahlen wir für jeden Tag des Aufenthalts dort das vereinbarte Krankenhaustagegeld. Die Dauer beträgt je nach gewählter Produktvariante (Basis, Komfort oder Premium) maximal zwei bis vier Jahre. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zahlen wir für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die auch Krankenhaustagegeld geleistet wurde Genesungsgeld. Für den Basis-Schutz maximal 100 Tage, beim Komfort-Schutz maximal ein Jahr und beim Premium-Schutz maximal zwei Jahre.

- **Todesfallleistung**

Stirbt der Versicherte innerhalb eines Jahres an den Unfallfolgen, zahlen wir die vereinbarte Todesfallleistung.

- **Reha- und Assistance-Leistungen**

Wir bieten allen Kundengruppen ein leistungsstarkes Reha- und Assistance-Paket an (geregelt in Abschnitt U2), dass zu fast allen Tarifen (Kinder, Auszubildende, Erwachsene und Rentnern) hinzu gewählt werden kann (nicht zur 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 Ziffer 5 aus Abschnitt U1 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 durch Kernenergie

Einige Risiken können durch besondere Vereinbarung und ggf. gegen Zuschlag in den Versicherungsschutz einbezogen bzw. versichert werden:
- Unfälle als Berufs-, oder Privatflieger sowie beim Luftsport
- Unfälle bei der aktiven Teilnahme an offiziellen Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen (Autos, Motorräder, Sportboote usw.), bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

Was ist mit Freizeitaktivitäten und Sport?

Die private Unfallversicherung soll die Versicherten vor allen Unfällen des täglichen Lebens schützen. Außergewöhnliche Freizeitaktivitäten oder Sport stellen gegenüber der Versichertengemeinschaft eine über das durchschnittliche Maß hinausgehende Unfallgefährdung dar.
Die DEVK bietet u. U. im Rahmen einer Sondervereinbarung die Mitversicherung/ den Einschluss derartiger Risiken an. Hierfür sind spezielle Regelungen vorgesehen.

Beispiele:

- **Luftsport**
  Der 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 Luftsport mit behördlicher Erlaubnis ist dagegen bedingungsgemäß ausgeschlossen.

  Wir bieten jedoch im Rahmen einer Sondervereinbarung die Mitversicherung/ den Einschluss des Luftsportrisikos an.

- **Motorsport**
  Die Teilnahme als Fahrer oder Beifahrer an Motorsportveranstaltungen (z. B. Auto, Motorrad, Boot, LKW, Quad, Go-Kart, Jet-Ski, E-Bike) und Übungsfahrten hierzu, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, ist bedingungsgemäß ausgeschlossen.
  Des Weiteren besteht kein Versicherungsschutz für Personen als Teilnehmer im Rahmen des Motorsports, der außerhalb des normalen Straßenverkehrs ausgeübt wird. Hierzu zählen jegliche private sowie alle vereinsmäßigen Fahrten, einschließlich der dazu gehörenden Wettkämpfe, Trainings- und Übungsfahrten.
  Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.

  Wir bieten jedoch u. U. im Rahmen einer Sondervereinbarung die Mitversicherung/ den Einschluss des Motorsports an.

- **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, kann ggf. mitversichert werden.

  Um eine Mitversicherung prüfen zu können, benötigen wir Angaben über Art, Häufigkeit, Ort und Entgelt des ausgeübten Sports.

Wonach richtet sich der Beitrag?

Der Beitrag richtet sich nach dem Versicherungsumfang 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 uns 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 verwendet, die Prämiendifferenzierungen 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.

In der Kinder-Unfallversicherung entfällt eine Prämiendifferenzierung nach einer beruflichen Tätigkeit

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. Wir empfehlen Ihnen, ausgehend vom Nettoeinkommen, die Vereinbarung nachstehender Mindestversicherungssummen für den Invaliditätsfall:

Monatliches Einkommen	**Grundsumme und Leistung bei Vollinvalidität mit Progression 225 %**	**Grundsumme und Leistung bei Vollinvalidität mit Progression 500 %**
1.000 €	Grundsumme: 150.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 337.500 €	Grundsumme: 75.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 375.000 €
1.500 €	Grundsumme: 175.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 393.750 €	Grundsumme: 100.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 500.000 €
2.000 €	Grundsumme: 200.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 450.000 €	Grundsumme: 125.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 625.000 €
2.500 €	Grundsumme: 225.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 506.250 €	Grundsumme: 150.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 750.000 €
3.000 €	Grundsumme: 250.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 562.500 €	Grundsumme: 175.000 € / Leistung bei Vollinvalidität: 875.000 €

Bei Kindern, die das Leben noch vor sich haben, ist eine Grundsumme von zumindest 100.000 Euro erforderlich (Progression 500 %) bzw. 200.000 Euro (Progression 225 %) erforderlich. 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 sind grundsätzlich Sie als 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 des 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 Ziffer 2 aus Abschnitt U1.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung/Unfallrente

Für den Basis-Schutz
Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und 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. (Ziffer 2.1 aus Abschnitt U1)

Für den Komfort-Schutz
Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 24 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben. (Ziffer 10.2 aus Abschnitt U1)

Für den Premium-Schutz
Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten,
- innerhalb von 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 36 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben. (Ziffer 11.2 aus Abschnitt U1)

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 sind den Produktlinien in Basis (Ziffer 9), Komfort (Ziffer 10) und Premium (Ziffer 11) aus Abschnitt U1 der Unfallversicherungsbedingungen zu entnehmen.

Wichtige Fristen, die Sie beachten müssen

- **für die Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (Ziffer 2 aus Abschnitt U1) und**

  Die Invalidität muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall oder nach der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit eingetreten und spätestens innerhalb von 15 Monaten (im Komfort-Schutz innerhalb von 24 Monaten und im Premium-Schutz erweitern sich die Fristen für die Feststellung und Geltendmachung von 24 auf 36 Monate. Der Eintritt bleibt bei 24 Monaten.) nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

Neubemessung der Invalidität:

Sobald wir uns erklärt haben, ob und in welcher Höhe wir einen Invaliditätsanspruch annehmen, 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 (Ziffer 8.4 aus Abschnitt U1).

Die gesetzliche Vorschrift lautet:

§ 188 VVG 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.

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

DEVK

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

DEVK Allgemeine Versicherungs-AG

Deutschland

Dieses Blatt dient Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Unfallversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen:

- Versicherungsantrag
- Versicherungsschein
- Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung

Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Wir bieten Ihnen eine Unfallversicherung an. Diese schützt Sie gegen Risiken durch Unfallverletzungen.

Was ist versichert?

✔ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

✔ einmalige Invaliditätsleistungen bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen)

✔ lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen

✔ Tagegeld während der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit

✔ Unfallkrankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen wegen des Unfalls

✔ Todesfallleistung bei unfallbedingten Tod innerhalb eines Jahres nach dem Unfall

✔ Kostenersatz wegen Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze, Kurkostenbeihilfe, Sofortleistung bei Schwerverletzungen

✔ Kostenersatz für kosmetische Operationen, Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten

✔ Ihr Versicherungsschutz kann sich auch auf weitere Personen erstrecken, wie z. B. Ihren Ehe- oder Lebenspartner und Ihre Kinder.

Dienstleistungen

✔ häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z. B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe)

✔ professionelles Rehabilitationsmanagement

Was ist nicht versichert?

✘ Krankheiten (z. B. Gelenksarthrose, Schlaganfall)

✘ Kosten der ärztlichen Heilbehandlung

✘ Sachschäden (z. B. für Kleidung)

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz herausgenommen, z. B. Unfälle

! durch Drogenkonsum,

! bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat,

! Bandscheibenschäden.

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

✔ Die versicherten Leistungsarten und die Höhe der vereinbarten Versicherungssummen können Sie Ihrem Antrag oder auch Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



Wo bin ich versichert?

✔ Sie haben weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte machen Sie im Versicherungsantrag wahrheitsgemäße und vollständige Angaben.
- Zahlen Sie bitte die Versicherungsbeiträge rechtzeitig und pünktlich.
- Teilen Sie uns so bald wie möglich mit, wenn sie einen Berufswechsel vornehmen, damit wir den Vertrag ggf. anpassen können.
- Nach dem Unfall suchen Sie bitte einen Arzt auf und informieren uns über den Unfall.



Wann und wie zahle ich?

Ihr erster oder einmaliger Beitrag ist unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen. Dies gilt jeweils unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts.

Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung zwischen uns kann das monatlich oder jährlich sein. Sie können uns den Beitrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Andernfalls beginnt der Versicherungsschutz erst mit der Zahlung.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr. Ausnahme: Sie oder wir haben den Vertrag gekündigt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Versicherungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragsdauer geschehen).
Ebenfalls können Sie oder wir nach dem Eintritt eines Schadenfalls den Versicherungsvertrag kündigen. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Produktbeschreibung Unfall Basis, Komfort und Premium

Die nachstehende Übersicht verschafft Ihnen einen ersten Überblick. Sie ist weder ausführlich noch abschließend. Bestandteil sind u. a. die Versicherungsbedingungen.

Produktvariante	Basis	Komfort	Premium
Erweiterungen			
Invalidität: Leistungsanspruch ab einem Invaliditätsgrad von	1 %	1 %	1 %
Kapitalleistung bei unfallbedingter Invalidität (z. B. für behindertengerechte Umbauten, teure Hilfsmittel etc.)	●	●	●
Progression	225 %	225 % oder 500 %	225 % oder 500 %
Todesfallleistung	❍	❍	❍
Unfallrente: Leistungsanspruch ab einem Invaliditätsgrad von	50 %	50 %	50 %
Tagegeld	❍	❍	❍
Unfallkrankenhaustagegeld	❍	❍	❍
Genesungsgeld	❍	❍	❍
Reha- und Assistance-Leistungen	❍	❍	❍
Geltungsbereich; Erweiterung des Unfallbegriffs; Leistungserweiterungen			
Weltweite 24 Stunden Deckung	●	●	●
Unfallbegriff			
Vergiftung durch Gase, Dämpfe, Dünste, Stäube oder Säuren	●	●	●
Vergiftung durch Insektenstiche oder -bisse (auch allergische Reaktionen) und durch Nahrungsmittel	●	●	●
Gesundheitsschäden durch Ertrinken bzw. Erstickungstod unter Wasser	●	●	●
Laser-, Maser, Röntgen- und sonstige Strahlen (außer Kernenergie)	●	●	●
Bemühungen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen	●	●	●
Entzug von Flüssigkeiten, Nahrungsmitteln oder Atemluft	●	●	●
Verschollenheit (wenn Todesfallleistung vereinbart ist)	●	●	●
Gesundheitsschäden durch Erfrierungen	●	●	●
Gesundheitsschäden durch Übermüdung und Erschrecken	●	●	●
Vergiftung durch versehentliche Einnahme von festen und flüssigen Stoffen durch den Schlund	●	●	●
Verrenkung Gelenk, Zerrung/Zerreißen Muskel, Sehnen, Bänder und Kapseln durch erhöhte Kraftanstrengung	●	●	●
Tauchtypische Gesundheitsschäden (z. B. Caissonkrankheit)	●	●	●
Folgen von Eigenbewegungen wie z. B. Oberschenkelhalsbruch, Bauch- und Unterleibsbrüche, Meniskusschädigungen, Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule (außer Bandscheibe) sowie Knochenbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung	–	–	●
Infektionen			
Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt sind sowie Tollwut, Wundstarrkrampf	●	●	●
Infektionskrankheiten und Impfschäden (z. B. Borreliose, FSME)	●	●	●
Bewusstseinsstörungen			
Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit/Kfz	1,1 ‰	1,2 ‰	1,3 ‰
Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptischer Anfall als Unfallursache	–	●	●
Bewusstseinsstörung durch ärztlich verordnete Medikamente	–	–	●
Psychische Reaktionen			
Psychologische Betreuung/Behandlungskosten nach einem Unfall	–	bis 1.000 Euro	bis 2.000 Euro
Krieg			
Passives Kriegsrisiko für die Dauer von	10 Tage	21 Tagen	30 Tagen

● versichert
– nicht versichert
❍ als Leistungsbaustein neben Invalidität und/oder Unfallrente versicherbar

Produktvariante	Basis	Komfort	Premium
Versicherte Kosten			
Such-, Bergungs-, Rettungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten bis	25.000 Euro	50.000 Euro	100.000 Euro
Kosmetische Operationen mit eingeschränkten Zahnersatz- und -behandlungskosten (gilt nur für natürliche Schneide- und Eckzähne)	15.000 Euro 10.000 Euro	50.000 Euro 25.000 Euro	100.000 Euro 50.000 Euro
Kosten für beschädigtes Tattoo/Überstechen einer Narbe/Verbrennung	100 Euro	250 Euro	500 Euro
Kurkostenbeihilfe	10.000 Euro	20.000 Euro	30.000 Euro
Kosten für medizinische Hilfsmittel, die ein Körperteil ersetzen (Prothesen) ab 40 % Invaliditätsgrad bis	–	3.000 Euro	10.000 Euro
Kosten für medizinisch unterstützende Hilfsmittel (Orthesen) bis	–	500 Euro	1.000 Euro
Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen bis	10.000 Euro	20.000 Euro	50.000 Euro
Behindertengerechter Umbau des Hauses/der Wohnung bei einem Unfall mit Invaliditätsgrad größer 50 Prozent oder Beteiligung an den Umzugskosten in eine behindertengerechten Wohnung	–	12.500 Euro - auch für Kfz	25.000 Euro - auch für Kfz
Sofortleistung bei Schwerverletzungen 10 % der Invaliditätsgrundsumme (gilt nicht bei Unfallrente)	–	max. 5.000 Euro	max. 10.000 Euro
Kosten für unfallbedingt beschädigte med. Sehhilfe bis	–	–	500 Euro
Sonstiges			
Familienvorsorge Unfallversicherung (nicht bei Unfallrente)	●	●	●
Mehrpersonen-/Familiennachlass	●	●	●
Schmerzensgeld (von der Invaliditätsgrundsumme) (gilt nicht bei Unfallrente)	–	1 %	3 %
Schmerzensgeld Plus bei vereinbarter Unfallrente bis	–	50 % der vereinbarten Rente	100 % der vereinbarten Rente
Komageld	–	10 Wochen a 100 Euro pro Woche	10 Wochen a 250 Euro pro Woche
Verdopplung der Versicherungssummen bei Unfällen im Zusammenhang mit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	–	–	●
Invalidität			
Fristen			
Invaliditätseintritt/-feststellung/-anmeldung	15/15/15 Monate	24/24/24 Monate	24/36/36 Monate
Mitwirkungsanteil bei Krankheit			
Anrechnung bei Krankheit oder Gebrechen ab	25 %	50 %	60 %
Gliedertaxe			
Gliedertaxe	Basis	Verbesserte Gliedertaxe	Gliedertaxe Plus
Invaliditätsgrade für Verlust oder Funktionsunfähigkeit			
Arm einschließlich Schulter	75	80	90
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65	75	85
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60	70	80
Hand	55	65	75
Daumen	30	35	40
Zeigefinger	15	20	25
anderer Finger	10	12	15
Bein	70	80	90
Bein bis Mitte Oberschenkel	60	70	85
Bein unterhalb Knie	50	60	80
Bein bis Mitte Unterschenkel	45	55	75
Fuß	40	50	65
großer Zeh	10	12	15
anderer Zeh	3	7	10
Auge/Sehkraft	50	50	70
Gehör auf einem Ohr	40	45	50
Geruch	10	15	20
Geschmack	10	15	20

● versichert
– nicht versichert
❍ als Leistungsbaustein neben Invalidität und/oder Unfallrente versicherbar

Produktvariante	Basis	Komfort	Premium
Leistungen für Kinder			
Erweiterte Kinder-Unfallversicherung Junior Plus. Schützt Ihr Kind sowohl bei Unfällen als auch bei krankheitsbedingter Invalidität	❍	❍	❍
Beitragsfreie Weiterführung bei Tod des VN in der Kinderunfallversicherung	●	●	●
Verdopplung der vereinbarten Todesfallsumme der versicherten Eltern, wenn beide Eltern bei dem Unfall sterben (Altersgrenze 18 Jahre)	20.000 Euro	40.000 Euro	60.000 Euro
Kinderbetreuungsgeld max. 50 Tage	10 Euro	25 Euro	40 Euro
Rooming-in (bei vereinbartem Unfallkrankenhaustagegeld)	–	Verdopplung des versicherten UKT für max. 50 Übernachtungen	Verdopplung des versicherten UKT für max. 100 Übernachtungen
Kinderbetreuungsgeld, wenn beaufsichtigende Eltern verletzt, für 6 Monate	–	à 20 Euro pro Tag	à 40 Euro pro Tag
Helmklausel für Kinder	–	2.500 Euro	5.000 Euro
Reparaturkosten für unfallbedingt beschädigte Zahnspange bis	–	100 Euro	250 Euro
Bei Mitversicherung der Unfallrente			
Lebenslange Unfallrente ab 50 Prozent Invaliditätsgrad	●	●	●
Mehrleistung: Verdoppelung der Rente bei mindestens 90 Prozent Invalidität	●	●	●
Verdopplung der Unfallrente ab 80 Prozent Invalidität bei Unfällen in Zusammenhang mit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	–	–	●
Rentengarantie: Fortführung der Rente bei Tod während der Rentenbezugszeit an die Hinterbliebenen	–	10 Jahre	15 Jahre - mindestens bis Kind der verstorbenen VP das 18. Lebensjahr erreicht
Einmalzahlung Rente	–	in Höhe der 5-fachen Rente (max. 5.000 €)	in Höhe der 10-fachen Rente (max. 10.000 €)
Kurzrente: anteilige Unfallrente bei geringen Invaliditätsgraden, ab		40 % für 3 Jahre	30 % für 7 Jahre
Bei Mitversicherung von Unfallkrankenhaustagegeld (UKT) und Genesungsgeld (GG) gilt:			
Das Unfallkrankenhaustagegeld wird für jeden Tag einer unfallbedingten vollstationären Behandlung, längstens für	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre
Unfallkrankenhaustagegeld bei ambulanten Operationen	●	●	●
Genesungsgeld für maximal	100 Tage	1 Jahr	2 Jahre

● versichert
– nicht versichert
❍ als Leistungsbaustein neben Invalidität und/oder Unfallrente versicherbar

Teil U – Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2021)

Abschnitt U1 Private Unfallversicherung

Inhalt **Seite**

1.	**Was ist versichert?**	**17**
1.1	Grundsatz	17
1.2	Geltungsbereich	17
1.3	Unfallbegriff	17
1.4	Erweiterter Unfallbegriff	17
1.5	Einschränkungen unserer Leistungspflicht	17
2.	**Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?**	**17 - 21**
2.1	Invaliditätsleistung (sofern vereinbart)	17 - 19
2.2	Unfallrente (sofern vereinbart)	19 - 20
2.3	Tagegeld (sofern vereinbart)	20
2.4	Unfallkrankenhaustagegeld (sofern vereinbart)	20 - 21
2.5	Genesungsgeld (sofern vereinbart)	21
2.6	Todesfallleistung (sofern vereinbart)	21
3.	**Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?**	**21 - 22**
3.1	Krankheiten und Gebrechen	21
3.2	Mitwirkung	21 - 22
4.	**Welche Personen können nicht versichert werden**	**22**
4.1	Nicht versicherbare Personen	22
4.2	Ende der Versicherung	22
4.3	Rückzahlung des Beitrags	22
5.	**In welchen Fällen haben Sie keinen Versicherungsschutz?**	**22 - 24**
5.1	Ausgeschlossene Unfälle	22 - 23
5.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	22 - 23
6.	**Was müssen Sie bei einem Kinder- oder Ausbildungstarif beachten?**	**24**
6.1	Umstellung des Kinder- und Ausbildungstarifs auf den Erwachsenentarif	24
6.2	Wahlrecht	24
7.	**Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**	**24**
7.1	Mitteilung der Änderung	24
7.2	Auswirkungen der Änderung	24
7.3	Kündigungsrecht	24
7.4	Leistungsfreiheit	24
8.	**Wann sind unsere Leistungen fällig?**	**24 - 25**
8.1	Erklärungen über unsere Leistungspflicht	24 - 25
8.2	Fälligkeit unserer Leistung	25
8.3	Vorschüsse	25
8.4	Neubemessung der Invalidität	25
9.	**Welche Leistungen bietet der Basis-Schutz Ihrer privaten Unfallversicherung für die Leistungsarten Invalidität und/oder Unfall-Rente? (sofern vereinbart)**	**26 - 31**
10.	**Welche Leistungen bietet der Komfort-Schutz Ihrer privaten Unfallversicherung für die Leistungsarten Invalidität und/oder Unfall-Rente? (sofern vereinbart)**	**32 - 45**
11.	**Welche Leistungen bietet der Premium-Schutz Ihrer privaten Unfallversicherung für die Leistungsarten Invalidität und/oder Unfall-Rente? (sofern vereinbart)**	**46 - 60**
12.	**Werden Versicherungssummen und Beiträge planmäßig erhöht?**	**60 - 61**
12.1	Dynamik	60 - 61
12.2	Widerruf und Widerspruch der Dynamik	61
13.	**Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**	**61**

14.	**Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**	**61**
14.1	Fremdversicherung	61
14.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	61
15.	**Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor? Welche Rechte haben Sie bei einer Beitragsanpassung?**	**61**
15.1	Anpassung des Beitrags/Beitragssatz	61
15.2	Kündigungsrecht nach Beitragserhöhung	61
16.	**Welche besondere Vereinbarung gilt für Arbeitnehmer von Versicherungsunternehmen?**	**61 - 62**
16.1	Verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit	61 - 62
16.2	Nachweise	62
16.3	Mitwirkung	62
16.4	Beendigung des Arbeitsverhältnisses	62
16.5	Bemessungsgrundlage für die Leistung aus der Progressiven Invaliditätsstaffel	62
16.6	Einmalzahlung	62
17.	**Schmerzensgeld bei Suizid oder tätlichem Angriff (gilt nur für den Rahmenvertrag mit der EVG oder GDL)**	**62**

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags
- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch
- ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

  Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

  Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.2 Vergiftungen

Als Unfall gilt auch eine Vergiftung infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

1.4.3 Übermüdung und Erschrecken

Versichert sind Unfälle, die durch natürliche Übermüdung oder durch Erschrecken hervorgerufen werden. Das gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von Übermüdung einschläft und dadurch einen Unfall erleidet.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zur Vorinvalidität (Ziffer 2.1.2.2.3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem zum Schadenzeitpunkt aktuell gültigen Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

Für die Entstehung des Anspruches und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

2.1 Invaliditätsleistung (sofern vereinbart)

2.1.1 Voraussetzung für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt
- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn
- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

  *Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos aush*eilt.

Bitte beachten Sie auch die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen in Ziffer 3 und die Regelungen zur Vorinvalidität in Ziffer 2.1.2.2.3.

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Sobald der Entschuldigungsgrund wegfällt, müssen Sie die Geltendmachung der Invalidität unverzüglich (innerhalb von 14 Tagen) bei uns nachholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.1.5 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
- die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1.1 bis Ziffer 2.1.1.3 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich
- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1) sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für die spätere Bemessung der Invalidität (Ziffer 8.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

• Arm einschließlich Schulter	75 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
• Hand	55 %
• Daumen	30 %
• Zeigefinger	15 %
• anderer Finger	10 %
• 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	10 %
• andere Zehe	3 %
• Auge	50 %
• Gehör auf einem Ohr	40 %
• Geruchssinn	10 %
• Geschmackssinn	10 %

Bei vollständigem oder teilweisen Verlust oder Funktionsunfähigkeit mehrerer Finger gilt maximal ein Invaliditätsgrad von 55 %.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm einschließlich Schulter vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 75 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7,5 % (= ein Zehntel von 75 %).

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm einschließlich Schulter vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 75 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7,5 % (= ein Zehntel von 75 %). Diese 7,5 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 67,5 %.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer körperliche oder geistigen Funktionen

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorherstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm einschließlich Schulter vollständig funktionsunfähig (75 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 110 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
- die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Unfallrente (sofern vereinbart)

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingte dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person beträgt für den vollen Bezug der vereinbarten Rente mindestens 50 %.
Im Komfort-Schutz wird ab einer Invalidität von mindestens 40 % bis kleiner 50 % eine Teilrente für die Dauer von drei Jahren gezahlt.

Im Premium-Schutz wird ab einer Invalidität von mindestens 30 % bis kleiner 50 % eine Teilrente für die Dauer von sieben Jahren gezahlt.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

Bitte beachten Sie auch die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen in Ziffer 3 und die Regelungen zur Vorinvalidität in Ziffer 2.1.2.2.3.

Es gilt die tariflich vereinbarte Gliedertaxe aus Ziffer 2.1.2.2.1.

Hat die versicherte Person den Komfort-Schutz abgeschlossen gilt die Erhöhung des Mitwirkungsanteils der Ziffer 10.1, die Verlängerung der Anzeigefrist für den Invaliditätsfall der Ziffer 10.2 und die Gliedertaxe aus Ziffer 10.3.

Hat die versicherte Person den Premium-Schutz abgeschlossen gelten die Erhöhung des Mitwirkungsanteils der Ziffer 11.1, die Verlängerung der Anzeigefrist für den Invaliditätsfall der Ziffer 11.2 und die Gliedertaxe aus Ziffer 11.3.

Als sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall gelten ausschließlich die vereinbarten Mehrleistungen im Basis-, Komfort- oder Premium-Schutz (Ziffern 9.19, 10.33, 11.32 und 11.37) dieser Bedingungen.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Die Höhe der Teilrente richtet sich nach dem tatsächlichen Invaliditätsgrad der versicherten Person. Ergibt sich durch eine Neufeststellung nach Ziffer 8.4 ein anderer Invaliditätsgrad, passen wir die Leistung entsprechend an.

Beispiel: Durch einen Unfall erleidet eine versicherte Person eine Invalidität in Höhe von 45%. Die versicherte Person hat eine Unfallrente im Komfort-Schutz in Höhe von 1.000 Euro vereinbart. Die Teilrente beträgt in diesem Fall 450 Euro (45% von 1.000 Euro).

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Beginn der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

Gleiches gilt für die Teilrente.

Abweichend von Ziffer 14.1 gilt:
Ist der Anspruch auf Zahlung einer Kinder-Unfallrente für das versicherte Kind gegeben, zahlen wir Ihnen die fälligen Unfallrenten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres zahlen wir die fälligen Unfallrenten an das versicherte Kind oder an den gesetzlichen Vertreter.

2.2.3.2 Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder
- bis wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung der Invalidität nach Ziffer 8.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.
- *bei der Teilrente bis zum Ablauf der Bezugszeit. Diese beträgt drei Jahre im Komfort-Schutz und sieben Jahre im Premium-Schutz oder*
  bis wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung der Invalidität nach Ziffer 8.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den maßgeblichen Prozentwert (40 % in Komfort- und 30 % in Premium-Schutz) gesunken ist.

Im Falle der Neufestsetzung des Invaliditätsgrads oder im Todesfall werden wir bereits erbrachte Rentenleistungen nicht zurückfordern. Ergibt sich aus der Neubemessung ein höhere Renteleistung, zahlen wir die Differenz aus der Teilrente und der neuen Unfallrente nach.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug, einmal im Jahr Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit, so lange bis uns die Bescheinigung vorliegt.

2.2.4 Besonderer Ausschluss

Die besondere Vereinbarung für die verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung bei unfallbedingter Dienst-, Berufsunfähigkeit oder voller Erwerbsunfähigkeit des Versicherten (Ziffer 16) sind bei der Leistungsart Unfallrente ausgeschlossen.

2.3 Tagegeld (sofern vereinbart)

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung (nicht ärztlich durchgeführte therapeutische Maßnahmen, wie beispielsweise krankengymnastische oder physiotherapeutische Behandlungen, sind nicht erfasst).

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich
- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen oder
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

<u>Beispiel</u>: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 Prozent zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls, wenn Sie den Basis oder Komfort-Schutz gewählt haben. Haben Sie sich für den Premium-Schutz entschieden, wird das Tagegeld längestens für 72 Wochen, ab dem Tag des Unfalls gezahlt.

2.4 Unfallkrankenhaustagegeld (sofern vereinbart)

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person
- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
  Es besteht kein Versicherungsschutz für stationäre Aufenthalte, bei denen nicht die akute Heilbehandlung im Vordergrund steht, sondern die medizinische Rehabilitation.
  oder
- unterzieht sich unfallbedingt, zur Vermeidung einer stationären Behandlung, einer ambulanten chirurgischen Operation.
  Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

Beispiel: Ambulante Operation eines Kreuzbandrisses

Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlungen.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld
- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls, wenn Sie den Basis-Schutz mit uns vereinbart haben.
- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für drei Jahre ab dem Tag des Unfalls, wenn Sie den Komfort-Schutz mit uns vereinbart haben.
- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für vier Jahre ab dem Tag des Unfalls, wenn Sie den Premium-Schutz mit uns vereinbart haben.
- für fünf Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.5 besteht in diesem Fall nicht. Die Anspruch besteht längstens für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls.

2.5 Genesungsgeld (sofern vereinbart)

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person
- hatte Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld und
- wurde nach einem vollstationären Aufenthalt aus dem Krankenhaus entlassen.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Basis-Schutz
Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld für die gleiche Anzahl an Kalendertagen, für die wir Unfallkrankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage und zwar

• für den	1. bis 10. Tag	100 %
• für den	11. bis 20. Tag	50 %
• ab dem	21. Tag	25 % des Unfallkrankenhaustagegeldes.

Komfort-Schutz
Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld für die gleiche Anzahl an Kalendertagen, für die wir Unfallkrankenhaustagegeld leisten, längstens für **ein Jahr** und zwar

• für den	1. bis 35. Tag	100 %
• für den	36. bis 75. Tag	50 %
• ab dem	76. Tag	25 % des Unfallkrankenhaustagegeldes.

Premium-Schutz
Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld für die gleiche Anzahl an Kalendertagen, für die wir Unfallkrankenhaustagegeld leisten, längstens für **zwei Jahre** und zwar

• für den	1. bis 75. Tag	100 %
• für den	76. bis 150. Tag	50 %
• ab dem	151. Tag	25 % des Unfallkrankenhaustagegeldes.

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

2.6 Todesfallleistung (sofern vereinbart)

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Beachten Sie dann die Verhaltensregel nach Ziffer 9.3 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung).

Verletzen Sie diese Obliegenheit, so gelten die Ziffern 9.4 und 9.5 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten).

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.
Therapeutische Maßnahmen zur Behandlung einer Krankheit oder eines Gebrechens fallen ebenfalls nicht unter den Versicherungsschutz.

Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkerkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule und angeborene Sehnenverkürzungen.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei den anderen Leistungsarten, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

4. Welche Personen können nicht versichert werden?

4.1 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
- dauernd pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 3, 4 und 5) sowie
- Geisteskranke.

Eine Geisteskrankheit ist im medizinischen Sinne eine Erkrankung, die auf einer krankhaften Störung des Geistes bzw. der Psyche beruht. Hierzu zählen u. a. Psychosen wie die Schizophrenie oder ein „Manisch-Depressiv-Sein".

Zu einer Versicherungsunfähigkeit führt eine solche Erkrankung jedoch nur dann, wenn sie den Versicherten
- außerstande setzt, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, sodass ein Betreuer bestellt wird,
- weitgehend von der Teilnahme am öffentlichen Leben ausschließt oder
- unfähig macht, alleine zu leben und eine dauernde Überwachung und/oder eine Heim-/Anstaltsunterbringung erforderlich wird.

4.2 Ende der Versicherung

Besteht nach Ziffer 4.1 keine Versicherbarkeit, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Versicherung für die versicherte Person.

4.3 Rückzahlung des Beitrags

Den für dauernd pflegebedürftige Personen, sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beitrag erstatten wir.

5. In welchen Fällen haben Sie keinen Versicherungsschutz?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:
- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele:
Die versicherte Person
- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- kommt unter Alkoholeinfluss mit einem Fahrzeug von der Straße ab.
- torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme:
Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

5.1.2 Straftaten

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

5.1.3 Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:
Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des zehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht:
- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Luftfahrt

Unfälle der versicherten Person
- als Führer eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

  Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

  Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

  Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung

5.1.5 Sport gegen Entgelt

Unfälle der versicherten Person bei der Ausübung von Sport gegen Entgelt, wenn dieser zeitmäßig wie ein Beruf ausgeübt wird und dem überwiegenden Lebensunterhalt dient.

5.1.6 Motorsport und Beteiligung an Rennfahrten

Unfälle der versicherten Person
- durch die Teilnahme an Fahrtveranstaltungen einschließlich der Übungsfahrten mit Motorfahrzeugen.
- durch die Teilnahme mit einem Motorfahrzeug an einer illegalen oder ordnungswidrigen Rennfahrt im öffentlichen Verkehrsraum.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.

Fahrtveranstaltungen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Dies gilt auch für Fahrtveranstaltungen, bei denen nach den jeweiligen Streckenbedingungen höchstmögliche Geschwindigkeit zu fahren ist, um den Sieg im Wettbewerb zu erringen.
Beispiel: Slalom

Ausnahme
- der Unfall wurde durch eine Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Deutschland verursacht,
- die Veranstaltung hatte reinen Freizeitcharakter und
- die versicherte Person ist kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.1.7 Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:
- Ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

5.2.4 Gesundheitsschäden durch Infektionen.

Ausnahme:
Die versicherte Person infiziert sich
- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.5 Vergiftungen

Vergiftungen durch den Konsum von Alkohol, Drogen, anderer sucht- oder rauscherzeugenden Stoffe, Insektenstiche oder -bisse, sowie der Gebrauch von nicht ärztlich verordneten Medikamenten.

Ausnahme:
Das versicherte Kind hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet.
Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

5.2.6 Krankhafte Störungen

Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:
- *posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:
- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht

6. Was müssen Sie bei einem Kinder- oder Ausbildungstarif beachten?

6.1 Umstellung des Kinder- und Ausbildungstarifs auf den Erwachsenentarif

Bis zum Ende 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.

Die Referendarzeit im Anschluss an ein abgeschlossenes Lehramt- oder Jura-Studium fällt unter die Ausbildung.

6.2 Wahlrecht

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

7. Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Die Höhe des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

7.1 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

7.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Auf Ihrem Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

7.3 Kündigungsrecht

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Versicherungsschutz (z. B. Profisport), sind wir berechtigt den Vertrag zu kündigen. Unsere Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Unser Kündigungsrecht erlischt,
- wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausüben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangen oder
- wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufnimmt.

7.4 Leistungsfreiheit

Haben Sie uns die Änderung nicht unverzüglich angezeigt, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Wir sind zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht vorsätzlich verletzt haben.

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht grob fahrlässig sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Wir bleiben zur Leistung verpflichtet, wenn
- Sie nachweisen, dass Sie die Anzeigepflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben,
- uns die Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen,
- die Frist für unsere Kündigung gemäß Ziffer 7.3 abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist,
- die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat.

8. Wann sind unsere Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

8.1 Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald wir folgende Unterlagen erhalten haben:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 9.3 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung).

Verletzen Sie diese Obliegenheiten, gelten die Ziffern 9.4 und 9.5 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten).

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir:
- bei Invaliditätsleistung bis zu 1 Promille der versicherten Grundsumme,
- bei Unfallrente bis zu 10 % der versicherten monatlichen Rente (Grundsumme),
- bei Unfallkrankenhaustagegeld bis zu einem Unfallkrankenhaustagegeldsatz,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Kinderbetreuungsgeld bis zu einem Kinderbetreuungsgeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

8.2 Fälligkeit unserer Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

8.3 Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder der ärztlichen Feststellung der Krankheit nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustandes ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall zu. Im Premium-Schutz beträgt diese Frist vier Jahre. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, können wir den überzahlten Betrag zurückfordern. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 1 % jährlich zu verzinsen.

9. Welche Leistungen bietet der Basis-Schutz Ihrer privaten Unfallversicherung? (sofern vereinbart)

Inhalt **Seite**

Erweiterungen des Unfallbegriffs

9.1 Vergiftungen 26
9.2 Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug und Erfrierungen und tauchtypische Gesundheitsschäden 26
9.3 Röntgen-, Laser und Maserstrahlen 26
9.4 Rettung von Menschen, Tieren und Sachen 26
9.5 Todesfallleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist) 27
9.6 Infektionskrankheit und Impfschaden 27
9.7 Bewusstseinsstörung beim Lenken von Kraftfahrzeugen 27

Leistungserweiterungen

9.8 Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten 27- 28
9.9 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten 28
9.10 Kosten für die kosmetische Korrektur eines durch den Unfall beschädigten Tattoos 28 - 29
9.11 Kurkostenbeihilfe 29
9.12 Kosten einer Druckkammerbehandlung 29
9.13 Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme bei Tod beider Elternteile (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung) 29 - 30
9.14 Kinderbetreuungsgeld (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung) 30
9.15 Progressive Invaliditätsstaffel 30 - 31
9.16 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 % statt Progressive Invaliditätsstaffel (sofern Sie den Senioren-Tarif vereinbart haben) 31
9.17 Familienvorsorge Unfallversicherung 31
9.18 Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers (nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung) 31

Folgende Regelungen gelten nur für die Leistungsart Unfallrente

9.19 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent 31

Erweiterungen des Unfallbegriffs

9.1 Vergiftungen

Als mitversicherter Unfall gilt auch eine unfreiwillige Vergiftung als Folge von
- bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren.
- durch Insektenstiche oder –bisse (auch allergische Reaktion).
- durch Nahrungsmittel.

Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Der Einschluss umfasst keine
- Infektionskrankheiten, welche durch Insektenstiche übertragen worden sind, soweit sie nicht in Ziffer 9.6 genannt sind.
- vergiftungsbedingte Berufs- oder Gewerbekrankheiten.
- Alkoholvergiftungen.

9.2 Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen und tauchtypische Gesundheitsschäden

Als Unfall gelten auch
- er unfreiwillige Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist),
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittene Erfrierungen,
- tauchtypische Gesundheitsschäden

Beispiel: Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen

9.3 Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen

Mitversichert sind Gesundheitsschädigungen durch
- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen und
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,

sofern diese sich als ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis darstellen.

Der Einschluss umfasst keine
- Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten darstellen und/oder
- Berufs- oder Gewerbekrankheiten.

9.4 Rettung von Menschen, Tieren und Sachen

Als mitversicherter Unfall gelten Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von
- Menschenleben,
- Tieren oder
- Sachen

erleidet.

9.5 Todesfallleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist)

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.

Überlebt die versicherte Person die Verschollenheit, sind die von uns bereits erbrachten Versicherungsleistungen zurückzuzahlen.

9.6 Infektionskrankheit und Impfschaden

9.6.1 Erweiterter Unfallbegriff und Beginn der Fristen

Als mitversicherter Unfall gilt die erstmalige unfreiwillige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen
- Borreliose,
- Brucellose,
- Cholera,
- Dreitagefieber,
- Fleckfieber,
- Frühsommermeningitis (FSME),
- Zeckenenzephalitis,
- Gelbfieber,
- Genickstarre,
- Lepra,
- Malaria,
- Pest,
- Pocken,
- Schlaf-(Tsetse)-Krankheit,
- Tularämie,
- Typhus und
- Paratyphus.

Wir gewähren auch Versicherungsschutz für die erstmalige unfreiwillige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

Bei den in den Unfallversicherungsbedingungen enthaltenen Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen mit der erstmaligen Infizierung durch den Erreger.

9.6.2 Schutzimpfungen und Impfschäden

Es gilt als erstmalige unfreiwillige Infektion, wenn eine Schutzimpfung gegen die unter Ziffer 9.6.1 genannten Infektionen

- gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet,
- von einer zuständigen Behörde empfohlen und vorgenommen,
- sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird

und dabei ein Impfschaden eintritt.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

9.6.3 Wartezeit

Versicherungsschutz für den Einschluss von Infektionskrankheiten gemäß den Ziffern 9.6.1 und 9.6.2 gewähren wir nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat.

Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrags, jedoch frühestens zum dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Wir leisten nicht für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit.

9.6.4 Nachweise

Den Zusammenhang zwischen einer erstmaligen Infektion durch die unter Ziffer 9.6.1 genannten Erreger und einer Invalidität muss die versicherte Person uns durch einen ärztlichen Bericht nachweisen.

Der ärztliche Bericht muss
- sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientieren und
- entsprechende Laborbefunde enthalten.

Wurde die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt, sind wir davon unverzüglich zu unterrichten.

9.7 Bewusstseinsstörung beim Lenken von Kraftfahrzeugen

Mitversichert sind auch Unfälle, die infolge einer alkoholbedingten Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen verursacht wurden, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt höchstens 1,1 Promille beträgt.

Der Einschluss umfasst keine
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, durch oder unter Mitwirkung von
- Medikamenten oder
- anderer Drogen als Alkohol.

Leistungserweiterungen

9.8 Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten

9.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erlitten und es sind Kosten entstanden
- für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden oder
- für den ärztlich angeordneten Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik oder

- für den Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wären oder
- für die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person, sofern sie im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person leben oder
- für den Rücktransport von zahmen Haus- und Kleintieren der versicherten Person. Dies gilt nur für gewöhnliche Haus- und Kleintiere, die artgerecht in zu Wohnzwecken von Personen genutzten Räumlichkeiten gehalten werden können (z. B. Hunde, Katzen, Vögel) und nicht für exotische Tiere oder Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist (z. B. Reptilien) oder
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze leisten wir auch dann für die entstandenen notwendigen Kosten, wenn die versicherte Person für solche Kosten einzustehen hat, obwohl sie kein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erlitten hat, ein solches aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

.

9.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zu einer Höhe von maximal 25.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir mitversicherte Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

9.8.3 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

9.9 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

9.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur natürliche Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild. Die kosmetische Operation erfolgt
- durch einen Arzt und
- nach Abschluss der Heilbehandlung.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

9.9.2 Fristen

Die kosmetische Operation und die Zahnbehandlung müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Sind die kosmetische Operation und die Zahnbehandlung nicht innerhalb dieser Frist erfolgt, ersetzen wir die entstandenen Kosten dennoch, wenn
- die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die kosmetische Operation und Zahnbehandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

9.9.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus oder Klinik und
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

Die oben genannten Honorare und Kosten übernehmen wir bis zu einem Höchstbetrag von 15.000 Euro.

Die Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten sind bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 Euro mitversichert.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungs- oder Zahnersatzkosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

9.9.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

9.10 Kosten für die kosmetische Korrektur eines durch den Unfall beschädigten Tattoos

9.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten und
- durch den Unfall eine Beschädigung an einem vorhandenen Tattoo erlitten oder eine Narbe oder Verbrennung davon getragen, die korrigiert oder überstochen werden kann.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

9.10.2 Fristen

Die Korrektur oder das Überstechen der betreffenden Hautpartie müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Ist die Korrektur oder das Überstechen der Hautpartie nicht innerhalb dieser Frist erfolgt, ersetzen wir die entstandenen Kosten dennoch, wenn
- die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die genannte Korrektur oder das Überstechen vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

9.10.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten für eine Korrektur oder ein Überstechen der Hautpartie.

Die oben genannten Kosten übernehmen wir bis zu einem Höchstbetrag von 100 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir für die mitversicherte Korrektur oder ein Überstechen der beschädigten Hautpartie nur aus einem dieser Verträge.

9.10.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

9.11 Kurkostenbeihilfe

9.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall ist eine Gesundheitsschädigung entstanden und
- aufgrund dessen wurde eine Kur mit einer Dauer von mindestens drei Wochen durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

9.11.2 Fristen

Die Kur muss innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet, erfolgt sein.

9.11.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Kurkostenbeihilfe, die sich ausschließlich auf die Erstattung der Kuranwendungen bezieht, für jeden Unfall nur einmal bis zu einer Höhe von 10.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir eine Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

9.11.4 Kein Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld/Genesungsgeld

Sie haben keinen Anspruch auf Zahlung des Unfallkrankenhaustagegeld und Genesungsgeld (Ziffer 2.4 und 2.5), wenn wir die Kurkostenbeihilfe zahlen.

9.12 Kosten einer Druckkammerbehandlung

9.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat eine unfallbedingte tauchtypische Gesundheitsschädigung (z. B. Caissonkrankheit Typ I und Typ II oder Barotrauma) erlitten und es sind Kosten für eine daraus resultierende Druckkammerbehandlung entstanden.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

9.12.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die entstandenen Therapiekosten bis zu einem Betrag von 10.000 Euro.

Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig missachtet wurden.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Kosten einer Druckkammerbehandlung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

9.12.3 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

9.13 Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme bei Tod beider Elternteile (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

9.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Beide bei uns unfallversicherten Elternteile werden durch ein versichertes Unfallereignis tödlich verletzt und mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

9.13.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die doppelte Todesfallleistung der Eltern.

Die Erhöhung ist auf insgesamt 20.000 Euro begrenzt.

Bestehen für Sie bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Verträge/Versicherungen zusammen.

9.14 Kinderbetreuungsgeld (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

9.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ihr versichertes Kind kann aufgrund eines Unfalls keine
- Kinderbetreuungseinrichtung (Kindergarten oder Kindertagesstätte),
- allgemeinbildende Schule oder
- gleichgestellte Einrichtung

besuchen, bzw. nicht am Unterricht teilnehmen.

Der Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes ist uns durch Vorlage eines ärztlichen Attests nachgewiesen worden.

Ausnahme:
Ist die Kinderbetreuungseinrichtung oder die Schule während der Ferien vorübergehend oder an sonstigen freien Tagen (z. B. an Wochenenden) geschlossen, zahlen wir für diese Tage kein Kinderbetreuungsgeld.

9.14.2 Nachweise und Fristen

Ein Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes besteht nicht mehr,
- nach Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet oder
- spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

9.14.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 10 Euro pro Tag für
- die Dauer des vollständigen unfallbedingten Fehlens in der Kinderbetreuungseinrichtung oder am Schulunterricht. Die Leistung ist auf 500 Euro begrenzt.

Mehrere Abwesenheiten in der Kinderbetreuungseinrichtung oder der Schule wegen desselben Unfalls gelten als ununterbrochenes Fehlen.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir das Kinderbetreuungsgeld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

9.15 Progressive Invaliditätsstaffel

Progressive Invaliditätsstaffel (225 %)
Über die Regelungen zur Invaliditätsleistung in Ziffer 2.1 hinaus gilt folgendes:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 %, nicht aber 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese 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	27	51	78	76	153
27	29	52	81	77	156
28	31	53	84	78	159
29	33	54	87	79	162
30	35	55	90	80	165
31	37	56	93	81	168
32	39	57	96	82	171
33	41	58	99	83	174
34	43	59	102	84	177
35	45	60	105	85	180
36	47	61	108	86	183
37	49	62	111	87	186
38	51	63	114	88	189
39	53	64	117	89	192
40	55	65	120	90	195
41	57	66	123	91	198
42	59	67	126	92	201
43	61	68	129	93	204
44	63	69	132	94	207
45	65	70	135	95	210
46	67	71	138	96	213
47	69	72	141	97	216
48	71	73	144	98	219
49	73	74	147	99	222
50	75	75	150	100	225

Beispiel: Die versicherte Person hat bei uns eine Unfallversicherung mit einer Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 100.000 Euro abgeschlossen. Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 30 %. Aufgrund der progressiven Invaliditätsstaffel zahlen wir eine Invaliditätsleistung in Höhe von 35.000 Euro.

Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro begrenzt. Die Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag.

Mit Ablauf des Jahres in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet finden die progressiven Invaliditätsstaffeln keine Anwendung mehr und es wird nach dem ärztlich festgestellten Grad der Invalidität gezahlt. Mehr als 100% können nicht gezahlt werden.

Beispiel: Die versicherte Person hat bei uns eine Unfallversicherung mit einer Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 100.000 Euro abgeschlossen. Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 50 %. Es wird eine Leistung von 50 % erbracht, dies entspricht einem Betrag von 50.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Verträge/Versicherungen zusammen.

9.16 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel (sofern Sie den Senioren-Tarif vereinbart haben)

In diesem Fall gilt statt Ziffer 9.15 (Progressive Invaliditätsstaffel) folgende Regelung:

9.16.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis
- ab Vollendung des 65. Lebensjahres erlitten und
- dieses hat ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3.2) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 von mindestens 90 Prozent geführt.

9.16.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Ihnen als Mehrleistung die doppelte Invaliditätsleistung. Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro begrenzt.

Beispiel: Sie haben eine Invaliditätsleistung in Höhe von 100.000 Euro versichert. Nach einem Unfall erleiden Sie eine Invalidität in Höhe von 90 Prozent. Sie haben einen Anspruch auf eine Invaliditätsleistung in Höhe von 90.000 Euro. Dann zahlen wir Ihnen die doppelte Leistung in Höhe von 180.000 Euro.

Die Mehrleistung berechnet sich nur aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Verträge/Versicherungen zusammen.

9.17 Familienvorsorge Unfallversicherung

9.17.1 Beginn und Dauer der Familienvorsorge Unfallversicherung

Wir gewähren beitragsfreien Versicherungsschutz für während der Wirksamkeit des Vertrags und vor Vollendung Ihres 50. Lebensjahres neu hinzukommende
- Ehegatten und
- leibliche Kinder und
- adoptierte Kinder.

Beitragsfreier Versicherungsschutz besteht für die Dauer von sechs Monaten nach Heirat oder Vollendung der Geburt.

Zeigen Sie uns die Heirat/Eheschließung oder die Geburt/Adoption innerhalb der ersten sechs Monate an, verlängern wir den Versicherungs- schutz um weitere sechs Monate

9.17.2 Versicherungssummen

Für jede neu hinzukommende Person gelten ausschließlich die folgenden Versicherungssummen. Alle sonstigen Erweiterungen des Basis-, Komfort- oder Premium-Schutzes finden keine Anwendung.

Invalidität mit Progressiver Invaliditätsstaffel	30.000 Euro
Bei Vollinvalidität	150.000 Euro
Unfallkrankenhaustagegeld	15 Euro
Genesungsgeld	15 Euro
Todesfall	3.000 Euro

Bestehen für Sie bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir Leistungen für neu hinzukommende Ehegatten oder Kinder nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

9.18 Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers (nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war,
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde und
- Sie Ihren ständigen Wohnsitz nicht im Ausland hatten,

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Folgende Regelungen gelten nur für die Leistungsart Unfallrente

9.19 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

9.15.1 Voraussetzung für die Mehrleistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis
- vor Vollendung des 65. Lebensjahres erlitten und
- dieses hat ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3.2) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 von mindestens 90 Prozent geführt.

9.19.2 Art und Höhe der Mehrleistung

Als Mehrleistung verdoppeln wir die Rentenleistung. Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 2.000 Euro begrenzt.

Beispiel: Sie haben eine Unfallrente in Höhe von 1.000 Euro versichert. Nach einem Unfall erleiden Sie eine Invalidität in Höhe von 90 Prozent. Dann zahlen wir Ihnen die doppelte Rentenleistung. Das wären in diesem Fall 2.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

10. Welche Leistungen bietet der Komfort-Schutz Ihrer privaten Unfallversicherung? (sofern vereinbart)

Inhalt

	Seite
Mitwirkungsanteil, Anzeigefrist und verbesserte Gliedertaxe	
10.1 Erhöhung des Mitwirkungsanteils	32
10.2 Verlängerung der Anzeigefrist für den Invaliditätsfall	32 - 33
10.3 Verbesserte Gliedertaxe	33
Erweiterungen des Unfallbegriffs	
10.4 Vergiftungen	33
10.5 Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug und Erfrierungen und tauchtypische Gesundheitsschäden	33
10.6 Röntgen-, Laser und Maserstrahlen	33
10.7 Rettung von Menschen, Tieren und Sachen	33
10.8 Todesfallleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist)	34
10.9 Bewusstseinsstörung beim Lenken von Kraftfahrzeugen	34
10.10 Bewusstseinsstörung durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischen Anfall	34
10.11 Infektionskrankheit und Impfschaden	34
10.12 Passives Kriegsrisiko	35
Leistungserweiterungen	
10.13 Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten	35
10.14 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten	35 - 36
10.15 Kosten für die kosmetische Korrektur eines durch den Unfall beschädigten Tattoos	36
10.16 Kosten für medizinische Hilfsmittel und Kurkostenbeihilfe	36 - 37
10.17 Psychologische Betreuung	37
10.18 Kosten einer Druckkammerbehandlung	38
10.19 Umbau- und Umzugskosten	38
10.20 Komageld	38
10.21 Betreuungskosten für minderjährige Kinder (Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)	38 - 39
10.22 Erhöhung der versicherten Todesfallsumme bei Tod beider Elternteile (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)	39
10.23 Kinderbetreuungsgeld (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)	39
10.24 Rooming-in-Leistung (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung und sofern Unfallkrankenhaustagegeld	39
10.25 Helmklausel (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)	40
10.26 Reparaturkosten für unfallbedingte Beschädigung einer Zahnspange (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)	40
10.27 Progressive Invaliditätsstaffel	40 - 41
10.28 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel (sofern Sie den Senioren-Unfalltarif vereinbart haben)	41
10.29 Schmerzensgeld (gilt nur für die Leistungsart Invalidität)	41 - 42
10.30 Sofortleistung bei Schwerverletzungen (gilt nur für die Leistungsart Invalidität)	42 - 43
10.31 Familienvorsorge Unfallversicherung	43
10.32 Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)	43
Folgende Regelungen gelten nur für die Leistungsart Unfall-Rente	
10.33 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent	43
10.34 Rentengarantie im Todesfall	43 - 44
10.35 Kapitalleistung statt Rentengarantie (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallrente)	44
10.36 Einmalzahlung im Versicherungsfall	44
10.37 Schmerzensgeld Plus (gilt nur für die Leistungsart Unfallrente)	44 - 45

Mitwirkungsanteil, Anzeigefrist und verbesserte Gliedertaxe

10.1 Erhöhung des Mitwirkungsanteils

Eine Leistungskürzung nehmen wir erst dann vor, wenn der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen an einem Unfall mindestens 50 % beträgt.

10.2 Verlängerung der Anzeigefrist für den Invaliditätsfall

10.2.1 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditäts-/Rentenleistung.

10.2.2 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditäts-/Rentenleistung ausgeschlossen.
Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Sobald der Entschuldigungsgrund wegfällt, müssen Sie die Geltendmachung der Invalidität unverzüglich (innerhalb von 14 Tagen) bei uns nachholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

10.3 Verbesserte Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

• Arm einschließlich Schulter	80 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
• Hand	65 %
• Daumen	35 %
• Zeigefinger	20 %
• anderer Finger	12 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
• Bein bis unterhalb des Knies	60 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
• Fuß 50 %	
• große Zehe	12 %
• andere Zehe	7 %
• Auge	50 %
• Gehör auf einem Ohr	45 %
• Geruchssinn	15 %
• Geschmackssinn	15 %

Bei vollständigem oder teilweisen Verlust oder Funktionsunfähigkeit mehrerer Finger gilt maximal ein Invaliditätsgrad von 65 %.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm einschließlich Schulter vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8 % (= ein Zehntel von 80 %).

Erweiterungen des Unfallbegriffs

10.4 Vergiftungen

- Als mitversicherter Unfall gilt auch eine Vergiftung als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden
  - Giften,
  - Dämpfen,
  - Gasen,
  - Dünste,
  - Staubwolken und/oder Säuren.
  - durch Insektenstiche oder –bisse (auch allergische Reaktion).
  - durch Nahrungsmittel.

Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Der Einschluss umfasst keine
- Infektionskrankheiten, welche durch Insektenstiche übertragen worden sind, soweit sie nicht in Ziffer 10.11 genannt sind.
- vergiftungsbedingte Berufs- oder Gewerbekrankheiten.
- Alkoholvergiftungen.

10.5 Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen und tauchtypische Gesundheitsschäden

Als Unfall gelten auch
- der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist),
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.
- tauchtypische Gesundheitsschäden

Beispiel: Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen.

10.6 Röntgen-, Laser und Maserstrahlen

Mitversichert sind Gesundheitsschädigungen durch
- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen und
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,

sofern diese sich als ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis darstellen.

Der Einschluss umfasst keine
- Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten darstellen und/oder
- Berufs- oder Gewerbekrankheiten.

10.7 Rettung von Menschen, Tieren und Sachen

Als mitversicherter Unfall gelten Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von
- Menschenleben,
- Tieren oder
- Sachen

erleidet.

10.8 Todesfallleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist)

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.

Überlebt die versicherte Person die Verschollenheit, sind die von uns bereits erbrachten Versicherungsleistungen zurückzuzahlen.

10.9 Bewusstseinsstörung beim Lenken von Kraftfahrzeugen

Mitversichert sind auch Unfälle, die infolge einer alkoholbedingten Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen verursacht wurden, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt höchstens 1,2 Promille beträgt.

Der Einschluss umfasst keine
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, durch oder unter Mitwirkung von
- Medikamenten oder
- anderer Drogen als Alkohol.

10.10 Bewusstseinsstörung durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischen Anfall

Mitversichert ist ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis, welches infolge einer Bewusstseinsstörung durch
- Herzinfarkt,
- Schlaganfall,
- epileptischen Anfall,

unmittelbar verursacht wurde.

Der Einschluss umfasst keine
Gesundheitsschädigungen, welche infolge von Herzinfarkt, Schlaganfall oder Epilepsie verursacht sind und nicht unmittelbar durch den Unfall.

10.11 Infektionskrankheit und Impfschaden

10.11.1 Erweiterter Unfallbegriff und Beginn der Fristen

Als mitversicherter Unfall gilt die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen
- Borreliose,
- Brucellose,
- Cholera,
- Dreitagefieber,
- Fleckfieber,
- Frühsommermeningitis (FSME),
- Zeckenenzephalitis,
- Gelbfieber,
- Genickstarre,
- Lepra,
- Malaria,
- Pest,
- Pocken,
- Schlaf-(Tsetse)-Krankheit,
- Tularämie,
- Typhus und
- Paratyphus.

Wir gewähren auch Versicherungsschutz für die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

Bei den in den Unfallversicherungsbedingungen enthaltenen Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen mit der erstmaligen Infizierung durch den Erreger.

10.11.2 Schutzimpfungen und Impfschäden

Es gilt als erstmalige Infektion, wenn eine Schutzimpfung gegen die unter Ziffer 10.11.1 genannten Infektionen
- gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet,
- von einer zuständigen Behörde empfohlen und vorgenommen,
- sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt

wird und dabei ein Impfschaden eintritt.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

10.11.3 Wartezeit

Versicherungsschutz für den Einschluss von Infektionskrankheiten gemäß den Ziffern 10.11.1 und 10.11.2 gewähren wir nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat.

Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrags, jedoch frühestens zum dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Wir leisten nicht für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit.

10.11.4 Nachweise

Den Zusammenhang zwischen einer erstmaligen Infektion durch die unter Ziffer 10.13.1 genannten Erreger und einer Invalidität muss die versicherte Person uns durch einen ärztlichen Bericht nachweisen.

Der ärztliche Bericht muss
- sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientieren und
- entsprechende Laborbefunde enthalten.

Wurde die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt, sind wir davon unverzüglich zu unterrichten.

10.12 Passives Kriegsrisiko

Wir gewähren Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen ist.

Der Versicherungsschutz gilt
- bis zum Ende des 21. Tages nach Beginn des Kriegs oder Bürgerkriegs,
- nur auf dem Gebiet des Staats, in dem die versicherte Person sich aufhält.

Leistungserweiterungen

10.13 Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten

10.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erlitten und es sind Kosten entstanden
- für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden oder
- für den ärztlich angeordneten Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wären oder
- für die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person, sofern sie im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person leben oder
- für den Rücktransport von zahmen Haus- und Kleintieren der versicherten Person. Dies gilt nur für gewöhnliche Haus- und Kleintiere, die artgerecht in zu Wohnzwecken von Personen genutzten Räumlichkeiten gehalten werden können (z. B. Hunde, Katzen, Vögel) und nicht für exotische Tiere oder Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist (z. B. Reptilien) oder
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze leisten wir auch dann für die entstandenen notwendigen Kosten, wenn die versicherte Person für solche Kosten einzustehen hat, obwohl sie kein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erlitten hat, ein solches aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

10.13.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zu einer Höhe von maximal 50.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir mitversicherte Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.13.3 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

10.14 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

10.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur natürliche Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt
- durch einen Arzt und
- nach Abschluss der Heilbehandlung.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

10.14.2 Fristen

Die kosmetische Operation und die Zahnbehandlung müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Sind die kosmetische Operation und die Zahnbehandlung nicht innerhalb dieser Frist erfolgt, ersetzen wir die entstandenen Kosten dennoch, wenn
- die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die kosmetische Operation und Zahnbehandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

10.14.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesen und nicht von Dritten übernommene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus oder Klinik und
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

Die oben genannten Honorare und Kosten übernehmen wir bis zu einem Höchstbetrag von 50.000 Euro. Die Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten sind bis zu einem Betrag von insgesamt 25.000 Euro mitversichert.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlung oder Zahnersatz nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.14.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstandenen Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

10.15 Kosten für die kosmetische Korrektur eines durch den Unfall beschädigten Tattoos

10.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall eine Beschädigung an einem vorhandenen Tattoo erlitten oder eine Narbe oder Verbrennung davon getragen, die korrigiert oder überstochen werden kann.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

10.15.2 Fristen

Die Korrektur oder das Überstechen der betreffenden Hautpartie müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Ist die Korrektur oder das Überstechen der Hautpartie nicht innerhalb dieser Frist erfolgt, ersetzen wir die entstandenen Kosten dennoch, wenn
- die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die genannte Korrektur oder das Überstechen vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

10.15.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten für eine Korrektur oder ein Überstechen der Hautpartie.

Die oben genannten Kosten übernehmen wir bis zu einem Höchstbetrag von 250 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir für die mitversicherte Korrektur oder ein Überstechen der beschädigten Hautpartie nur aus einem dieser Verträge.

10.15.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

10.16 Kosten für medizinische Hilfsmittel und Kurkostenbeihilfe

10.16.1 Versorgung mit einer Prothese

10.16.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall eine Gesundheitsschädigung mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eingetreten und
- aufgrund dessen ist eine Versorgung mit einer Prothese als Ersatz/ Hilfsmittel für ein Körperteil notwendig ist.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Versorgung mit einer Prothese und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

10.16.1.2 Fristen

Die Versorgung mit einer Prothese muss bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

10.16.1.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen für die Versorgung mit einer Prothese, für jeden Unfall nur einmal bis zu einer Höhe von 3.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir eine Versorgung mit einer Prothese nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.16.1.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

10.16.2 Versorgung mit einer Orthese

10.16.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall eine Gesundheitsschädigung eingetreten und
- aufgrund dessen ist eine Versorgung mit einer Orthese als unterstützendes Hilfsmittel notwendig ist.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Versorgung mit einer Orthese und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

10.16.2.2 Fristen

Die Versorgung mit einer Orthese muss bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

10.16.2.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen für die Versorgung mit einer Orthese, für jeden Unfall nur einmal bis zu einer Höhe von 500 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir eine Versorgung mit einer Orthese nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.16.2.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

10.16.3 Kurkostenbeihilfe

10.16.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall ist eine Gesundheitsschädigung entstanden und
- aufgrund dessen wurde eine Kur mit einer Dauer von mindestens drei Wochen durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

10.16.3.2 Fristen

Die Kur muss innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, erfolgt sein.

10.16.3.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Kurkostenbeihilfe, die sich ausschließlich auf die Erstattung der Kuranwendungen bezieht, bis zu einer Höhe von 20.000 Euro..

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir eine Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.16.3.4 Kein Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld/Genesungsgeld

Sie haben keinen Anspruch auf Zahlung des Unfallkrankenhaustagegeld und Genesungsgeld (Ziffer 2.4 und 2.5), wenn wir die Kurkostenbeihilfe zahlen.

10.17 Psychologische Betreuung

10.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person begibt sich in psychologische Betreuung
- aufgrund einer direkten Unfalleinwirkung,
- aufgrund der Bedrohung mit Tod oder Körperverletzung,
- unmittelbar nach einer Geiselnahme oder
- unmittelbar nach einem räuberischem Überfall.

Die medizinische Notwendigkeit ist uns durch eine ärztliche Verordnung oder durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

10.17.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

10.17.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen Behandlungskosten für medizinisch notwendige Therapien bis zu einem Betrag von 1.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Kosten für die psychologische Betreuung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

Der Ausschluss nach Ziffer 5.2.7 bleibt trotz dieser Kostenerstattung bestehen.

10.18 Kosten einer Druckkammerbehandlung

10.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat eine unfallbedingte tauchtypische Gesundheitsschädigung (z. B. Caissonkrankheit Typ I und Typ II oder Barotrauma) erlitten und es sind Kosten für eine daraus resultierende Druckkammerbehandlung entstanden.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

10.18.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die entstandenen Therapiekosten bis zu einem Betrag von 20.000 Euro.

Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig missachtet wurden.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Kosten einer Druckkammerbehandlung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.18.3 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

10.19 Umbau- und Umzugskosten

10.19.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein Unfall führt zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) von mindestens 50 %.

Aufgrund der erlittenen Gesundheitsschäden sind Umbaumaßnahmen oder ein Umzug medizinisch erforderlich geworden.

10.19.2 Fristen

Die Kosten für die Umbaumaßnahmen oder den Umzug müssen bei uns innerhalb eines Jahres nach endgültiger Feststellung des Invaliditätsgrades geltend gemacht werden.

10.19.3 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen die Kosten für
- Umbaumaßnahmen in der genutzten Wohnung,
- Umzug in eine neue Wohnung oder
- Umbaumaßnahmen für das eigene selbstgenutzte Kraftfahrzeug.

Die Entschädigung erfolgt bis zu einer Höhe von 12.500 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Kosten für Umbaumaßnahmen und Umzugskosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.20 Komageld

10.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge eines unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis ins Koma gefallen.

10.20.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen der versicherten Person wöchentlich, für die Zeit dieses Zustands, ein Komageld in Höhe von 100 Euro, jedoch längstens für zehn Wochen.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir das Komageld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.21 Betreuungskosten für minderjährige Kinder (Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)

10.21.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für die Kinderbetreuung, wenn sich
- eine versicherte Person wegen eines Unfalls, die den Haushalt überwiegend versorgt/führt, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung -von mindestens siebentägiger ununterbrochener Dauer befindet,
- und sich in diesem Haushalt mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind befindet, das versorgt werden muss und unter 14 Jahre alt ist.

Weiterhin muss Versicherungsschutz für die versicherte Person und für das zu versorgende Kind aus diesem Unfallversicherungsvertrag bestehen, d. h. das Kind muss ebenfalls mitversicherte Person des Unfallvertrages sein.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses ist von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

10.21.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

10.21.3 Art und Höhe der Leistung

Die Kostenübernahme beträgt bis zu 20 Euro je Tag des vollstationären Aufenthalts längstens jedoch 6 Monate.

Sofern die in 10.21.1 genannten Voraussetzungen erfüllt sind, werden die versicherten Betreuungskosten rückwirkend ab dem ersten Tag der vollstationären Heilbehandlung bezahlt. In diesem Fall entfällt die festgelegte Karenzzeit.

Ausgenommen von der Erstattung sind jedoch Kinderbetreuungskosten, die auch ohne den Eintritt des Versicherungsfalles angefallen wären (z. B. regelmäßige Kosten für Hort, Kindergarten oder Tagesmutter).

Bestehen für die versicherte Person und für das zu versorgende Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/ -verträge, gewähren wir die Betreuungskosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.21.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

10.22 Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme bei Tod beider Elternteile (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

10.22.1 Voraussetzungen für die Leistung

Beide bei uns unfallversicherten Elternteile werden durch ein versichertes Unfallereignis tödlich verletzt und mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

10.22.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die doppelte Todesfallleistung der Eltern. Die Erhöhung ist auf insgesamt 40.000 Euro begrenzt.

Bestehen für Sie bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/ Verträge zusammen.

10.23 Kinderbetreuungsgeld (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

10.23.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ihr versichertes Kind kann aufgrund eines Unfalls keine
- Kinderbetreuungseinrichtung (Kindergarten oder Kindertagesstätte),
- allgemeinbildende Schule oder
- gleichgestellte Einrichtung

besuchen, bzw. nicht am Unterricht teilnehmen.

Der Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes ist uns durch Vorlage eines ärztlichen Attests nachgewiesen worden.

Ausnahme:
Ist die Kinderbetreuungseinrichtung oder die Schule während der Ferien vorübergehend oder an sonstigen freien Tagen (z. B. an Wochenenden) geschlossen, zahlen wir für diese Tage kein Kinderbetreuungsgeld.

10.23.2 Nachweise und Fristen

Ein Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes besteht nicht mehr,
- nach Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet oder
- spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

10.23.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 25 Euro pro Tag für
- die Dauer des vollständigen unfallbedingten Fehlens in der Kinderbetreuungseinrichtung oder am Schulunterricht. Die Leistung ist auf 1.250 Euro begrenzt.

Mehrere Abwesenheiten in der Kinderbetreuungseinrichtung oder der Schule wegen desselben Unfalls gelten als ununterbrochenes Fehlen.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir das Kinderbetreuungsgeld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.24 Rooming-in-Leistung (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung und sofern Unfallkrankenhaustagegeld vereinbart ist)

10.24.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ihr mitversichertes Kind befindet sich wegen eines Unfalls
- in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung,
- hat das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- ein Elternteil übernachtet mit im Krankenhaus (Rooming-in).

10.24.2 Art und Höhe der Leistung

Wir verdoppeln das mitversicherte Unfallkrankenhaustagegeld, jedoch höchstens für 50 Übernachtungen.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Rooming-in Leistung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.25 Helmklausel (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

10.25.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Bei folgenden Aktivitäten hat Ihr mitversichertes Kind eine unfallbedingte schwere Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas 2. oder 3. Grades erlitten:
  Skialpin, Snowboarden, Fahrradfahren (auch passiv in einem Kindersitz), Inline-Skating, Roller-Skating, Skateboarden, Wakeboarden, Kitesurfen, Windsurfen, Surfen (Wellenreiten), Reiten, Rodeln
- Zum Unfallzeitpunkt wurde nachweislich ein handelsüblicher Helm (mit Prüfsiegel) getragen.
- Es verbleibt eine Invalidität auf Grund der Kopfverletzung.

10.25.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

10.25.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine zusätzliche Invaliditatsleistung in Höhe von 2.500 Euro.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die zusätzliche Invaliditätsleistung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.26 Reparaturkosten für unfallbedingte Beschädigung einer Zahnspange (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

10.26.1 Voraussetzungen für die Leistung

Durch einen Unfall des versicherten Kindes wird die zum Unfallzeitpunkt getragene Zahnspange beschädigt oder zerstört.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

10.26.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

10.26.3 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die Reparatur bzw. die Neubeschaffung bis zu einer Höhe von 100 Euro.
Hierzu ist uns die Originalrechnung vorzulegen.

Sie haben die unfallbedingte Beschädigung oder Zerstörung der Zahnspange durch geeignete Nachweise zu belegen.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Reparaturkosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.26.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

10.27 Progressive Invaliditätsstaffel

Progressive Invaliditätsstaffel (225 %)

Über die Regelungen zur Invaliditätsleistung in Ziffer 2.1 hinaus gilt folgendes:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 %, nicht aber 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese 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	27	51	78	76	153
27	29	52	81	77	156
28	31	53	84	78	159
29	33	54	87	79	162
30	35	55	90	80	165
31	37	56	93	81	168
32	39	57	96	82	171
33	41	58	99	83	174
34	43	59	102	84	177
35	45	60	105	85	180
36	47	61	108	86	183
37	49	62	111	87	186
38	51	63	114	88	189
39	53	64	117	89	192
40	55	65	120	90	195
41	57	66	123	91	198
42	59	67	126	92	201
43	61	68	129	93	204
44	63	69	132	94	207
45	65	70	135	95	210
46	67	71	138	96	213
47	69	72	141	97	216
48	71	73	144	98	219
49	73	74	147	99	222
50	75	75	150	100	225

oder

Progressive Invaliditätsstaffel (500 %)

Über die Regelungen zur Invaliditätsleistung in Ziffer 2.1 hinaus gilt Folgendes:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 %, nicht aber 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 %, nicht aber 75 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 5 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 9 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese 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

Beispiel: Die versicherte Person hat bei uns eine Unfallversicherung mit einer Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 100.000 Euro und Progression 500 % abgeschlossen. Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 30 %. Aufgrund der progressiven Invaliditätsstaffel 500 % zahlen wir eine Invaliditätsleistung in Höhe von 40.000 Euro.

Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro begrenzt. Die Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

Mit Ablauf des Jahres in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet finden die progressiven Invaliditätsstaffeln keine Anwendung mehr und es wird nach dem ärztlich festgestellten Grad der Invalidität gezahlt. Mehr als 100% können nicht gezahlt werden.

Beispiel: Die versicherte Person hat bei uns eine Unfallversicherung mit einer Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 100.000 Euro abgeschlossen. Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 50 %. Es wird eine Leistung von 50 % erbracht, dies entspricht einem Betrag von 50.000 Euro.

10.28 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel (sofern Sie den Senioren-Tarif vereinbart haben)

In diesem Fall gilt statt Ziffer 10.27 (Progressive Invaliditätsstaffel) folgende Regelung:

10.28.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis
- ab Vollendung des 65. Lebensjahres erlitten und
- dieses hat ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3.2) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 von mindestens 90 % geführt.

10.28.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Ihnen als Mehrleistung die doppelte Invaliditätsleistung. Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro begrenzt.

Beispiel: Sie haben eine Invaliditätsleistung in Höhe von 100.000 Euro versichert. Nach einem Unfall erleiden Sie eine Invalidität in Höhe von 90 Prozent. Sie haben einen Anspruch auf eine Invaliditätsleistung in Höhe von 90.000 Euro. Dann zahlen wir Ihnen die doppelte Leistung in Höhe von 180.000 Euro.

Die Mehrleistung berechnet sich nur aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

10.29 Schmerzensgeld (gilt nur für die Leistungsart Invalidität)

10.29.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein Unfall führt zu einer der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen.
Die Verletzung ist unverzüglich ärztlich festgestellt worden.

10.29.2 Fristen

Der Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgelds erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Der Anspruch muss innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.

Tritt der Tod ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht wurde, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.

10.29.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Schmerzensgeld von maximal 1 % Ihrer versicherten Invaliditätsgrundsumme.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem in der Tabelle festgesetzten Prozentsatz. Hat die versicherte Person durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen erlitten, werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Sie haben eine Invaliditätsgrundsumme von 100.000 Euro bei uns versichert. Das bedeutet, Sie haben einen Anspruch auf maximal 1.000 Euro Schmerzensgeld (1 % der Invaliditätsgrundsumme). Haben Sie sich zum Beispiel einen Arm gebrochen, erhalten sie von uns 40 % der versicherten Summe. In diesem Fall wären das 400 Euro Schmerzensgeld (40 % von 1.000 Euro).

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir ein Schmerzensgeld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

Schmerzensgeldtabelle

a) Knochenbrüche	**Leistungsprozentsatz**
Schädeldach, Schädelbasis	100 %
Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- (z. B. Oberschenkelhals), Kniegelenk	80 %
Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
je Arm, Bein, Kiefergelenk, Sprunggelenk	40 %
je Hand, Fuß, Gesichtsschädel, Schulterblatt, Brustbein	30 %
sonstige/s Gelenk/e (die hier nicht speziell genannt sind)	25 %
Schlüsselbein, Steiß, Rippe oder mehrere Rippen, Becken: Darm-, Kreuz-, Scham-, Sitz-, Hüftbein (re/li)	20 %
Finger oder mehrere Finger, Zehe oder mehrere Zehen	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, Verbrennungen 3. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	25 % 30 % 50 %
d) Sonstige Verletzungen	
Distorsion der Halswirbelsäule (Verstauchung)	10 %
Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern und/oder Kapseln. Ausgenommen hiervon sind Muskelfaserrisse und Meniskusrisse	20 %
Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades	25 %

10.30 Sofortleistung bei Schwerverletzungen (gilt nur für die Leistungsart Invalidität)

10.30.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades,
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
  - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten. Lange Röhrenknochen sind die Unterarm-, Oberarm-, Unterschenkel- und Oberschenkelknochen.
    Beispiel: Ellen- und Oberschenkelbruch; Schienbein- und Oberarmbruch
  - Bruch beider Fersenbeine,
  - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen,
  - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
    - Bruch eines langen Röhrenknochens,
    - Bruch des Beckens,
    - Bruch der Wirbelsäule,
    - Bruch eines Fersenbeins,
    - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs,

- Verbrennungen des 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen. Eine hochgradige Sehbehinderung liegt bei einer Sehschärfe von nicht mehr als 1/20 vor.

Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachgewiesen worden.

10.30.2 Fristen

Der Anspruch auf Zahlung einer Sofortleistung erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

Tritt der Tod ein, bevor der Anspruch auf Sofortleistung geltend gemacht wurde, erlischt der Anspruch auf Sofortleistung.

10.30.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Sofortleistung in Höhe von 10 Prozent der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, jedoch höchstens 5.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.31 Familienvorsorge Unfallversicherung

10.31.1 Beginn und Dauer der Familienvorsorge Unfallversicherung

Wir gewähren beitragsfreien Versicherungsschutz für während der Wirksamkeit des Vertrags und vor Vollendung Ihres (Versicherungsnehmer) 50. Lebensjahres neu hinzukommende
- Ehegatten, gleichgeschlechtliche Ehepartner und,
- leibliche Kinder und
- adoptierte Kinder.

Zeigen Sie uns die Heirat/Eheschließung oder die Geburt/Adoption innerhalb der ersten sechs Monate an, verlängern wir den Versicherungsschutz um weitere sechs Monate.

10.31.2 Versicherungssummen

Für jede neu hinzukommende Person gelten ausschließlich die folgenden Versicherungssummen. Alle sonstigen Erweiterungen des Basis-, Komfort- oder Premium-Schutzes finden keine Anwendung.

Invalidität mit Progressiver Invaliditätsstaffel	30.000 Euro
Bei Vollinvalidität	150.000 Euro
Unfallkrankenhaustagegeld	15 Euro
Genesungsgeld	15 Euro
Todesfall	3.000 Euro

Bestehen für Sie bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir Leistungen für neu hinzukommende Ehegatten oder Kinder nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.32 Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war,
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde und
- Sie Ihren ständigen Wohnsitz nicht im Ausland hatten,

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Folgende Regelungen gelten nur für die Leistungsart Unfallrente

10.33 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

10.33.1 Voraussetzung für die Mehrleistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis
- vor Vollendung des 65. Lebensjahres erlitten und
- dieses hat ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3.2) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 von mindestens 90 Prozent geführt.

10.33.2 Art und Höhe der Mehrleistung

Als Mehrleistung verdoppeln wir die Rentenleistung. Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 2.000 Euro begrenzt.

Beispiel: Sie haben eine Unfallrente in Höhe von 1.000 Euro versichert. Nach einem Unfall erleiden Sie eine Invalidität in Höhe von 90 Prozent. Dann zahlen wir Ihnen die doppelte Rentenleistung. Das wären in diesem Fall 2.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

10.34 Rentengarantie im Todesfall

10.34.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die zum Unfallzeitpunkt volljährige versicherte Person stirbt
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und
- es ist ein Anspruch auf Unfallrente entstanden.

10.34.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir garantieren Ihnen die Zahlung der Unfallrente über den Tod des Versicherten hinaus.

Die Garantie gilt bis zum Ablauf des Zehnten Jahres nach Beginn des Monats, indem sich der Unfall ereignet hat.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, garantieren wir Ihnen die Zahlung der Unfallrente über den Tod des Versicherten hinaus, nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.35 Kapitalleistung statt Rentengarantie (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallrente)

10.35.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das zum Unfallzeitpunkt minderjährige versicherte Kind stirbt
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und
- es ist ein Anspruch auf Unfallrente entstanden.

10.35.2 Art und Höhe der Leistung

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

10.36 Einmalzahlung im Versicherungsfall

10.36.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis und es besteht Anspruch auf die Zahlung einer Unfallrente nach Ziffer 2.2.1.

10.36.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung in Höhe des 5-fachen der vereinbarten, monatlichen Rentenleistung. Die einmalige Kapitalleistung ist auf einen Höchstbetrag von 5.000 Euro begrenzt.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Einmalzahlung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

10.37 Schmerzensgeld Plus (gilt nur für die Leistungsart Unfallrente)

10.37.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein Unfall führt zu einer der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen. Die Verletzung ist unverzüglich ärztlich festgestellt worden.

10.37.2 Fristen

Der Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgelds erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Der Anspruch muss innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.

Tritt der Tod ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht wurde, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.

10.37.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen maximal ein Schmerzensgeld in Höhe der Hälfte der versicherten Unfallrente. Die tatsächliche Höhe richtet sich sich an dem aufgeführten Prozentsatz in der Schmerzensgeldtabelle in Verbindung mit der Hälfte der versicherten Unfallrente.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem in der Tabelle festgesetzten Prozentsatz. Hat die versicherte Person durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen erlitten, werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Sie haben eine Rentengrundsumme von 1.000 Euro bei uns versichert. Das bedeutet, Sie haben einen Anspruch auf maximal 500 Euro Schmerzensgeld (Hälfte der versicherten Unfallrente). Haben Sie sich zum Beispiel einen Arm gebrochen, erhalten sie von uns 40 % von der Hälfte der versicherten Unfallrente. In diesem Fall wären das 200 Euro Schmerzensgeld (40 % von 500 Euro).

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir ein Schmerzensgeld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

Schmerzensgeldtabelle

a) Knochenbrüche	**Leistungsprozentsatz**
Schädeldach, Schädelbasis	100 %
Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- (z. B. Oberschenkelhals), Kniegelenk	80 %
Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
je Arm, Bein, Kiefergelenk, Sprunggelenk	40 %
je Hand, Fuß, Gesichtsschädel, Schulterblatt, Brustbein	30 %
sonstige/s Gelenk/e (die hier nicht speziell genannt sind)	25 %
Schlüsselbein, Steiß, Rippe oder mehrere Rippen, Becken: Darm-, Kreuz-, Scham-, Sitz-, Hüftbein (re/li)	20 %
Finger oder mehrere Finger, Zehe oder mehrere Zehen	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, Verbrennungen 3. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	25 % 30 % 50 %
d) Sonstige Verletzungen	
Distorsion der Halswirbelsäule (Verstauchung)	10 %
Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern und/oder Kapseln. Ausgenommen hiervon sind Muskelfaserrisse und Meniskusrisse	20 %
Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades	25 %

11. Welche Leistungen bietet der Premium-Schutz Ihrer privaten Unfallversicherung? (sofern vereinbart)

Inhalt **Seite**

Mitwirkungsanteil, Anzeigefrist und verbesserte Gliedertaxe

11.1 Erhöhung des Mitwirkungsanteils 46
11.2 Verlängerung der Anzeigefrist für den Invaliditätsfall 46 - 47
11.3 Gliedertaxe-Plus 47

Erweiterungen des Unfallbegriffs

11.4 Vergiftungen 47
11.5 Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug und Erfrierungen und tauchtypische Gesundheitsschäden 47
11.6 Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen 47
11.7 Rettung von Menschen, Tieren und Sachen 48
11.8 Todesfallleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist) 48
11.9 Bewusstseinsstörung beim Lenken von Kraftfahrzeugen 48
11.10 Bewusstseinsstörung durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischen Anfall 48
11.11 Bewusstseinsstörung durch ärztlich verordnete Medikamente 48
11.12 Infektionskrankheit und Impfschaden 48 - 49
11.13 Passives Kriegsrisiko 49
11.14 Eigenbewegung und Knochenbrüche 49

Leistungserweiterungen

11.15 Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten 49 - 50
11.16 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten 50
11.17 Kosten für die kosmetische Korrektur eines durch den Unfall beschädigten Tattoos 50 - 51
11.18 Kosten für medizinische Hilfsmittel und Kurkostenbeihilfe 51 - 52
11.19 Psychologische Betreuung 52
11.20 Kosten einer Druckkammerbehandlung 52
11.21 Umbau- und Umzugskosten 52 - 53
11.22 Komageld 53
11.23 Betreuungskosten für minderjährige Kinder (Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) 53
11.24 Verdoppelung der Versicherungssummen bei Unfällen in öffentlichen Verkehrsmitteln 53 - 54
11.25 Reparaturkosten für unfallbedingte Beschädigung einer med. Sehhilfe 54
11.26 Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme bei Tod beider Elternteile (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung) 54
11.27 Kinderbetreuungsgeld (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung) 54 - 55
11.28 Rooming-in-Leistung (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung und sofern Unfallkrankenhaustagegeld vereinbart ist) 55
11.29 Helmklausel (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung) 55
11.30 Reparaturkosten für unfallbedingte Beschädigung einer Zahnspange (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung) 55 - 56
11.31 Progressive Invaliditätstaffel 56 - 57
11.32 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel (sofern Sie den Senioren-Tarif vereinbart haben) 57
11.33 Schmerzensgeld (gilt nur für die Leistungsart Invalidität) 57 - 58
11.34 Sofortleistung bei Schwerverletzungen (gilt nur für die Leistungsart Invalidität) 58
11.35 Familienvorsorge Unfallversicherung 58 -59
11.36 Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung) 59

Folgende Regelungen gelten nur für die Leistungsart Unfallrente

11.37 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent 59
11.38 Rentengarantie im Todesfall 59
11.39 Kapitalleistung statt Rentengarantie (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallrente) 59
11.40 Einmalzahlung im Versicherungsfall 59
11.41 Schmerzensgeld Plus (gilt nur für die Leistungsart Unfallrente) 60

Mitwirkungsanteil, Anzeigefrist und verbesserte Gliedertaxe

11.1 Erhöhung des Mitwirkungsanteils

Eine Leistungskürzung nehmen wir erst dann vor, wenn der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen an einem Unfall mindestens 60 % beträgt.

11.2 Verlängerung der Anzeigefrist für den Invaliditätsfall

11.2.1 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditäts-/Rentenleistung.

11.2.2 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditäts-/Rentenleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Sobald der Entschuldigungsgrund wegfällt, müssen Sie die Geltendmachung der Invalidität unverzüglich (innerhalb von 14 Tagen) bei uns nachholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

11.3 Gliedertaxe-Plus

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

• Arm einschließlich Schulter	90 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	85 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
• Hand	75 %
• Daumen	40 %
• Zeigefinger	25 %
• anderer Finger	15 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	90 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	85 %
• Bein bis unterhalb des Knies	80 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	75 %
• Fuß	65 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	10 %
• Auge	70 %
• Gehör auf einem Ohr	50 %
• Geruchssinn	20 %
• Geschmackssinn	20 %

Bei vollständigem oder teilweisen Verlust oder Funktionsunfähigkeit mehrerer Finger gilt maximal ein Invaliditätsgrad von 75 %.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm einschließlich Schulter vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 90 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 9 % (= ein Zehntel von 90 %).

Erweiterungen des Unfallbegriffs

11.4 Vergiftungen

Als mitversicherter Unfall gilt auch eine Vergiftung
- als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden
  - Giften,
  - Dämpfen,
  - Gasen,
  - Dünste,
  - Staubwolken und/oder Säuren.
- durch Insektenstiche oder -bisse (auch allergische Reaktion).
- durch Nahrungsmittel.

Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Der Einschluss umfasst keine
- Infektionskrankheiten, welche durch Insektenstiche übertragen worden sind, soweit sie nicht in Ziffer 11.14 genannt sind.
- vergiftungsbedingte Berufs- oder Gewerbekrankheiten.
- Alkoholvergiftungen.

11.5 Ersticken, Ertrinken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen und tauchtypische Gesundheitsschäden

Als Unfall gelten auch
- der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist),
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen,
- tauchtypische Gesundheitsschäden.

Beispiel: Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen.

11.6 Röntgen-, Laser - und Maserstrahlen

Mitversichert sind Gesundheitsschädigungen durch:
- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen und
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,

sofern diese sich als ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis darstellen.

Der Einschluss umfasst keine
- Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten darstellen und/oder
- Berufs- oder Gewerbekrankheiten.

11.7 Rettung von Menschen, Tieren und Sachen

Als mitversicherter Unfall gelten Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von
- Menschenleben,
- Tieren oder
- Sachen

erleidet.

11.8 Todesfallleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfallleistung vereinbart ist)

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.

Überlebt die versicherte Person die Verschollenheit, sind die von uns bereits erbrachten Versicherungsleistungen zurückzuzahlen.

11.9 Bewusstseinsstörung beim Lenken von Kraftfahrzeugen

Mitversichert sind auch Unfälle, die infolge einer alkoholbedingten Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen verursacht wurden, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt höchstens 1,3 Promille beträgt.

Der Einschluss umfasst keine
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, durch oder unter Mitwirkung von
- Medikamenten oder
- anderer Drogen als Alkohol.

11.10 Bewusstseinsstörung durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder epileptischen Anfall

Mitversichert ist ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis, welches infolge einer Bewusstseinsstörung durch
- Herzinfarkt,
- Schlaganfall oder
- epileptischen Anfall

unmittelbar verursacht wurde.

Der Einschluss umfasst keine
Gesundheitsschädigungen, welche infolge von Herzinfarkt, Schlaganfall oder Epilepsie verursacht sind und nicht unmittelbar durch den Unfall.

11.11 Bewusstseinsstörung durch ärztlich verordnete Medikamente

Mitversichert ist ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis, welches infolge einer Bewusstseinsstörung durch die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht wurde.

Wir gewähren nur dann Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person die ärztlich angeordnete Dosierung oder die sich aus dem Beipackzettel des Medikaments ergebende Dosierung einhält.

Der Einschluss umfasst keine
Unfälle, welche verursacht wurden durch
- Medikamentenmissbrauch,
- nicht ärztlich verordnete Medikamente oder
- Drogen.

11.12 Infektionskrankheit und Impfschaden

11.12.1 Erweiterter Unfallbegriff und Beginn der Fristen

Als mitversicherter Unfall gilt die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen
- Borreliose,
- Brucellose,
- Cholera,
- Dreitagefieber,
- Fleckfieber,
- Frühsommermeningitis (FSME),
- Zeckenenzephalitis,
- Gelbfieber,
- Genickstarre,
- Lepra,
- Malaria,
- Pest,
- Pocken,
- Schlaf-(Tsetse)-Krankheit,
- Tularämie,
- Typhus und
- Paratyphus.

Wir gewähren auch Versicherungsschutz für die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

Bei den in den Unfallversicherungsbedingungen enthaltenen Beschreibungen zu den Leistungsarten beginnen die dort genannten Fristen mit der erstmaligen Infizierung durch den Erreger.

11.12.2 Schutzimpfungen und Impfschäden

Es gilt als erstmalige Infektion, wenn eine Schutzimpfung gegen die unter Ziffer 11.12.1 genannten Infektionen
- gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet,
- von einer zuständigen Behörde empfohlen und vorgenommen,
- sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt
  wird und dabei ein Impfschaden eintritt.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

11.12.3 Wartezeit

Versicherungsschutz für den Einschluss von Infektionskrankheiten gemäß den Ziffern 11.12.1 und 11.12.2 gewähren wir nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat.

Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrags, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Wir leisten nicht für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit.

11.12.4 Nachweise

Den Zusammenhang zwischen einer erstmaligen Infektion durch die unter Ziffer 11.12.1 genannten Erreger und einer Invalidität muss die versicherte Person uns durch einen ärztlichen Bericht nachweisen.

Der ärztliche Bericht muss
- sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientieren und
- entsprechende Laborbefunde enthalten.

Wurde die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt, sind wir davon unverzüglich zu unterrichten.

11.13 Passives Kriegsrisiko

Wir gewähren Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen ist.

Der Versicherungsschutz gilt
- bis zum Ende des 30. Tages nach Beginn des Kriegs oder Bürgerkrieges,
- nur auf dem Gebiet des Staats, in dem die versicherte Person sich aufhält.

11.14 Eigenbewegung und Knochenbrüche

Als mitversicherter Unfall gelten durch eine Eigenbewegung oder eine erhöhte Kraftanstrengung verursachte
- Bauch- und Unterleibsbrüche,
- Knochenbrüche,
- Oberschenkelhalsfraktur (Acetabulum),
- Verrenkungen eines Gelenks und
- Zerrungen oder Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Ausnahme:
Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen der Bandscheiben (vgl. Ziffer 5.2.1).

Leistungserweiterungen

11.15 Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten

11.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erlitten und es sind Kosten entstanden
- für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden oder
- für den ärztlich angeordneten Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wären oder
- für die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person, sofern sie im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person leben oder
- für den Rücktransport von zahmen Haus- und Kleintieren der versicherten Person. Dies gilt nur für gewöhnliche Haus- und Kleintiere, die artgerecht in zu Wohnzwecken von Personen genutzten Räumlichkeiten gehalten werden können (z. B. Hunde, Katzen, Vögel) und nicht für exotische Tiere oder Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist (z. B. Reptilien) oder
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze leisten wir auch dann für die entstandenen notwendigen Kosten, wenn die versicherte Person für solche Kosten einzustehen hat, obwohl sie kein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erlitten hat, ein solches aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

11.15.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zu einer Höhe von maximal 100.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir mitversicherte Such-, Rettungs-, Bergungs-, Transport- und Rückreisemehrkosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.15.3 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

11.16 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

11.16.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur natürliche Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt
- durch einen Arzt und
- nach Abschluss der Heilbehandlung.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

11.16.2 Fristen

Die kosmetische Operation und die Zahnbehandlung müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Sind die kosmetische Operation und die Zahnbehandlung nicht innerhalb dieser Frist erfolgt, ersetzen wir die entstandenen Kosten dennoch, wenn
- die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die kosmetische Operation und Zahnbehandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

11.16.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesen und nicht von Dritten übernommene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus oder Klinik und
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

Die oben genannten Honorare und Kosten übernehmen wir bis zu einem Höchstbetrag von 100.000 Euro. Die Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten sind bis zu einem Betrag von insgesamt 50.000 Euro mitversichert.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlung oder Zahnersatz nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.16.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstandenen Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

11.17 Kosten für die kosmetische Korrektur eines durch den Unfall beschädigten Tattoos

11.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall eine Beschädigung an einem vorhandenen Tattoo erlitten oder eine Narbe oder Verbrennung davon getragen, die korrigiert oder überstochen werden kann.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

11.17.2 Fristen

Die Korrektur oder das Überstechen der betreffenden Hautpartie müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Ist die Korrektur oder das Überstechen der Hautpartie nicht innerhalb dieser Frist erfolgt, ersetzen wir die entstandenen Kosten dennoch, wenn
- die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die genannte Korrektur oder das Überstechen vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

11.17.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten für eine Korrektur oder ein Überstechen der Hautpartie.

Die oben genannten Kosten übernehmen wir bis zu einem Höchstbetrag von 500 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir für die mitversicherte Korrektur oder ein Überstechen der beschädigten Hautpartie nur aus einem dieser Verträge.

11.17.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

11.18 Kosten für medizinische Hilfsmittel und Kurkostenbeihilfe

11.18.1 Versorgung mit einer Prothese

11.18.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall ist eine Gesundheitsschädigung mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eingetreten und
- aufgrund dessen ist eine Versorgung mit einer Prothese als Ersatz/ Hilfsmittel für ein Körperteil notwendig ist.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Versorgung mit einer Prothese und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

11.18.1.2 Fristen

Die Versorgung mit einer Prothese muss bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

11.18.1.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen für die Versorgung mit einer Prothese, für jeden Unfall nur einmal bis zu einer Höhe von 10.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir eine Versorgung mit einer Prothese nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.18.1.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wen den. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

11.18.2 Versorgung mit einer Orthese

11.18.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall ist eine Gesundheitsschädigung eingetreten und
- aufgrund dessen ist eine Versorgung mit einer Orthese als unterstützendes Hilfsmittel notwendig.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Versorgung mit einer Orthese und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

11.18.2.2 Fristen

Die Versorgung mit einer Orthese muss bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

11.18.2.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen für die Versorgung mit einer Orthese, für jeden Unfall nur einmal bis zu einer Höhe von 1.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir eine Versorgung mit einer Orthese nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.18.2.4 Kein Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld/Genesungsgeld

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

11.18.3 Kurkostenbeihilfe

11.18.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat
- ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten,
- durch den Unfall ist eine Gesundheitsschädigung entstanden und
- aufgrund dessen wurde eine Kur mit einer Dauer von mindestens drei Wochen durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

11.18.3.2 Fristen

Die Kur muss innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, erfolgt sein.

11.18.3.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Kurkostenbeihilfe, die sich ausschließlich auf die Erstattung der Kuranwendungen bezieht, bis zu einer Höhe von 30.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir eine Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.18.3.4 Kein Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld/Genesungsgeld

Sie haben keinen Anspruch auf Zahlung des Unfallkrankenhaustagegeld und Genesungsgeld (Ziffer 2.4 und 2.5), wenn wir die Kurkostenbeihilfe zahlen.

11.19 Psychologische Betreuung

11.19.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person begibt sich in psychologische Betreuung
- aufgrund einer direkten Unfalleinwirkung,
- aufgrund der Bedrohung mit Tod oder Körperverletzung,
- unmittelbar nach einer Geiselnahme oder
- unmittelbar nach einem räuberischem Überfall.

Die medizinische Notwendigkeit ist uns durch eine ärztliche Verordnung oder durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

11.19.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

11.19.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen Behandlungskosten für medizinisch notwendige Therapien bis zu einem Betrag von 2.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Kosten für die psychologische Betreuung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

Der Ausschluss nach Ziffer 5.2.7 bleibt trotz dieser Kostenerstattung bestehen.

11.20 Kosten einer Druckkammerbehandlung

11.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat eine unfallbedingte tauchtypische Gesundheitsschädigung (z. B. Caissonkrankheit Typ I und Typ II oder Barotrauma) erlitten und es sind Kosten für eine daraus resultierende Druckkammerbehandlung entstanden.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

11.20.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die entstandenen Therapiekosten bis zu einem Betrag von 50.000 Euro.

Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig missachtet wurden.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Kosten einer Druckkammerbehandlung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.20.2 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

11.21 Umbau- und Umzugskosten

11.21.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein Unfall führt zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) von mindestens 50 %.

Aufgrund der erlittenen Gesundheitsschäden sind Umbaumaßnahmen oder ein Umzug medizinisch erforderlich geworden.

11.21.2 Fristen

Die Kosten für die Umbaumaßnahmen oder den Umzug müssen bei uns innerhalb eines Jahres nach endgültiger Feststellung des Invaliditätsgrades geltend gemacht werden.

11.21.3 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen die Kosten für
- Umbaumaßnahmen in der genutzten Wohnung,
- Umzug in eine neue Wohnung oder
- Umbaumaßnahmen für das eigene selbstgenutzte Kraftfahrzeug.

Die Entschädigung erfolgt bis zu einer Höhe von 25.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Kosten für Umbaumaßnahmen und Umzugskosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.22 Komageld

11.22.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge eines unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis ins Koma gefallen.

11.22.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen der versicherten Person wöchentlich, für die Zeit dieses Zustands, ein Komageld in Höhe von 250 Euro, jedoch längstens für zehn Wochen.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir das Komageld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.23 Betreuungskosten für minderjährige Kinder (Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)

11.23.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für die Kinderbetreuung, wenn sich
- eine versicherte Person wegen eines Unfalls, die den Haushalt überwiegend versorgt/führt, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung -von mindestens fünftägiger ununterbrochener Dauer befindet, und sich
- in diesem Haushalt mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind befindet, das versorgt werden muss und unter 14 Jahre alt ist.

Weiterhin muss Versicherungsschutz für die versicherte Person und für das zu versorgende Kind aus diesem Unfallversicherungsvertrag bestehen, d. h. das Kind muss ebenfalls mitversicherte Person des Unfallvertrages sein.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses ist von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen worden.

11.23.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

11.23.3 Art und Höhe der Leistung

Die Kostenübernahme beträgt bis zu 40 Euro je Tag des vollstationären Aufenthalts längstens jedoch 6 Monate.

Sofern die in 10.21.1 genannten Voraussetzungen erfüllt sind, werden die versicherten Betreuungskosten rückwirkend ab dem ersten Tag der vollstationären Heilbehandlung bezahlt. In diesem Fall entfällt die festgelegte Karenzzeit.

Ausgenommen von der Erstattung sind jedoch Kinderbetreuungskosten, die auch ohne den Eintritt des Versicherungsfalles angefallen wären (z. B. regelmäßige Kosten für Hort, Kindergarten oder Tagesmutter).

Bestehen für die versicherte Person und für das zu versorgende Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Betreuungskosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.23.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

11.24 Verdoppelung der Versicherungssummen bei Unfällen in öffentlichen Verkehrsmitteln

11.24.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Unfall als Fahrgast eines öffentlichen Verkehrsmittels, während sich dieses im Betrieb befindet.

Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.
Als öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bestimmungen gelten:
- Omnibusse, die im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzt werden,
- Straßenbahnen,
- Eisenbahnen,
- Schiffe und Fähren,

- Taxen,
- Lizensierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur,
- Flugzeuge im Linienverkehr (kein Charterverkehr).

11.24.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die doppelten Versicherungssummen für die Leistungsarten (sofern vertraglich vereinbart):
- Tod
- Unfallkrankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Tagegeld

Wir legen die doppelte vereinbarte Invaliditätsgrundsumme bei der Berechnung der Invaliditätsleistung zugrunde (sofern vertraglich vereinbart).

Liegt Ihrem Vertrag die progressive Invaliditätsstaffel zugrunde, ist die Mehrleistung (Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag) für jede versicherte Person auf 1 Mio. Euro beschränkt.

Beispiel: Mit uns vereinbart haben Sie eine Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 100.000 Euro. Erleiden Sie eine Invalidität nach einem Unfall in einem öffentlichen Verkehrsmittel legen wir für die Berechnung der Invalidität dann die doppelte Invaliditätsgrundsumme zugrunde. Dies wären in diesem Fall 200.000 Euro. Sofern Sie eine Progression vereinbart haben, wirkt diese auf die 200.000 Euro.

Wir zahlen Ihnen als Mehrleistung eine zusätzliche Unfallrente, sofern eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 von mindestens 80 % besteht.

Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 2.000 Euro begrenzt.

Die Verdopplung der Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad von 90 % (gem. Ziffer 11.32) entfällt in diesem Fall.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gelten die Höchstbeträge für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

11.25 Reparaturkosten für unfallbedingte Beschädigung einer med. Sehhilfe

11.25.1 Voraussetzungen für die Leistung

Durch einen Unfall der versicherten Person nach diesem Vertrag wird die zum Unfallzeitpunkt getragene med. Sehhilfe beschädigt oder zerstört.

Es muss eine unfallbedingte Verletzung anhand eines ärztlichen Attestes nachgewiesen werden. Die Kosten für den Nachweis übernehmen wir bis zu 20 Euro.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

11.25.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

11.25.3 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die Reparatur bzw. die Neubeschaffung bis zu einer Höhe 500 Euro.

Sie haben die unfallbedingte Beschädigung oder Zerstörung der med. Sehhilfe durch geeignete Nachweise zu belegen. Zur Erstattung ist uns die Originalrechnung vorzulegen.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Reparaturkosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.25.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

11.26 Erhöhung der vereinbarten Todesfallsumme bei Tod beider Elternteile (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

11.26.1 Voraussetzungen für die Leistung

Beide bei uns unfallversicherten Elternteile werden durch ein versichertes Unfallereignis tödlich verletzt und mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

11.26.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die doppelte Todesfallleistung der Eltern. Die Erhöhung ist auf insgesamt 60.000 Euro begrenzt.

Bestehen für Sie bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/ Verträge zusammen.

11.27 Kinderbetreuungsgeld (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

11.27.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ihr versichertes Kind kann aufgrund eines Unfalls keine
- Kinderbetreuungseinrichtung (Kindergarten oder Kindertagesstätte),
- allgemeinbildende Schule oder
- gleichgestellte Einrichtung

besuchen, bzw. nicht am Unterricht teilnehmen.

Der Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes ist uns durch Vorlage eines ärztlichen Attests nachgewiesen worden.

Ausnahme:
Ist die Kinderbetreuungseinrichtung oder die Schule während der Ferien vorübergehend oder an sonstigen freien Tagen (z. B. an Wochenenden) geschlossen, zahlen wir für diese Tage kein Kinderbetreuungsgeld.

11.27.2 Nachweise und Fristen

Ein Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes besteht nicht mehr,
- nach Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet oder
- spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

11.27.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 40 Euro pro Tag für
- die Dauer des vollständigen unfallbedingten Fehlens in der Kinderbetreuungseinrichtung oder am Schulunterricht. Die Leistung ist auf 2.000 Euro begrenzt.

Mehrere Abwesenheiten in der Kinderbetreuungseinrichtung oder der Schule wegen desselben Unfalls gelten als ununterbrochenes Fehlen.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir das Kinderbetreuungsgeld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.28 Rooming-in-Leistung (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung und sofern Unfallkrankenhaustagegeld vereinbart ist)

11.28.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ihr mitversichertes Kind befindet sich wegen eines Unfalls
- in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung,
- hat das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- ein Elternteil übernachtet mit im Krankenhaus (Rooming-in).

11.28.2 Art und Höhe der Leistung

Wir verdoppeln das mitversicherte Unfallkrankenhaustagegeld, jedoch höchstens für 100 Übernachtungen.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Rooming-in Leistung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.29 Helmklausel (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

11.29.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Bei folgenden Aktivitäten hat Ihr mitversichertes Kind eine unfallbedingte schwere Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas 2. oder 3. Grades erlitten:
  Skialpin, Snowboarden, Fahrradfahren (auch passiv in einem Kindersitz), Inline-Skating, Roller-Skating, Skateboarden, Wakeboarden, Kitesurfen, Windsurfen, Surfen (Wellenreiten), Reiten, Rodeln
- Zum Unfallzeitpunkt wurde nachweislich ein handelsüblicher Helm (mit Prüfsiegel) getragen.
- Es verbleibt eine Invalidität auf Grund der Kopfverletzung.

11.29.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

11.29.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine zusätzliche Invaliditätsleistung in Höhe von 5.000 Euro.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die zusätzliche Invaliditätsleistung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.30 Reparaturkosten für unfallbedingte Beschädigung einer Zahnspange (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

11.30.1 Voraussetzungen für die Leistung

Durch einen Unfall des versicherten Kindes wird die zum Unfallzeitpunkt getragene Zahnspange beschädigt oder zerstört.

Voraussetzung für eine Leistung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflicht- oder Unfallversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

11.30.2 Fristen

Die Leistung kann längstens drei Jahre vom Unfalltag oder vom Tag des versicherten Ereignisses an gerechnet beansprucht werden.

11.30.3 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die Kosten für die Reparatur bzw. die Neubeschaffung bis zu einer Höhe von 250 Euro.

Sie haben die unfallbedingte Beschädigung oder Zerstörung der Zahnspange durch geeignete Nachweise zu belegen. Hierzu ist uns die Originalrechnung vorzulegen.

Bestehen für das versicherte Kind bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Reparaturkosten nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.30.4 Kostenübernahme durch anderen Ersatzpflichtigen

Tritt ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstanden Kosten ein, kann der Ersatzanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns wenden. Sie bzw. die versicherte Person haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruches mitzuwirken.

11.31 Progressive Invaliditätsstaffel

Progressive Invaliditätsstaffel (225 %)

Über die Regelungen zur Invaliditätsleistung in Ziffer 2.1 hinaus gilt folgendes:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 %, nicht aber 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese 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	27	51	78	76	153
27	29	52	81	77	156
28	31	53	84	78	159
29	33	54	87	79	162
30	35	55	90	80	165
31	37	56	93	81	168
32	39	57	96	82	171
33	41	58	99	83	174
34	43	59	102	84	177
35	45	60	105	85	180
36	47	61	108	86	183
37	49	62	111	87	186
38	51	63	114	88	189
39	53	64	117	89	192
40	55	65	120	90	195
41	57	66	123	91	198
42	59	67	126	92	201
43	61	68	129	93	204
44	63	69	132	94	207
45	65	70	135	95	210
46	67	71	138	96	213
47	69	72	141	97	216
48	71	73	144	98	219
49	73	74	147	99	222
50	75	75	150	100	225

oder

Progressive Invaliditätsstaffel (500 %)

Über die Regelungen zur Invaliditätsleistung in Ziffer 2.1 hinaus gilt Folgendes:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 %, nicht aber 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 %, nicht aber 75 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 5 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 9 % aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese 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

Beispiel: Die versicherte Person hat bei uns eine Unfallversicherung mit einer Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 100.000 Euro und Progression 500 % abgeschlossen. Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 30 %.

Aufgrund der progressiven Invaliditätsstaffel 500 % zahlen wir eine Invaliditätsleistung in Höhe von 40.000 Euro.
Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro begrenzt. Die Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

Mit Ablauf des Jahres in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet finden die progressiven Ivaliditätsstaffeln keine Anwendung mehr und es wird nach dem ärztlich festgestellten Grad der Invalidität gezahlt. Mehr als 100% können nicht gezahlt werden.

Beispiel: Die versicherte Person hat bei uns eine Unfallversicherung mit einer Invaliditätsgrundsumme in Höhe von 100.000 Euro abgeschlossen. Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 50 %. Es wird eine Leistung von 50 % erbracht, dies entspricht einem Betrag von 50.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

11.32 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent statt Progressive Invaliditätsstaffel (sofern Sie den Senioren-Tarif vereinbart haben)

In diesem Fall gilt statt Ziffer 11.31 (Progressive Invaliditätsstaffel) folgende Regelung:

11.32.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis
- ab Vollendung des 65. Lebensjahres erlitten und
- dieses hat ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3.2) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 von mindestens 90 % geführt.

11.32.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Ihnen als Mehrleistung die doppelte Invaliditätsleistung. Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro begrenzt.

Beispiel: Sie haben eine Invaliditätsleistung in Höhe von 100.000 Euro versichert. Nach einem Unfall erleiden Sie eine Invalidität in Höhe von 90 %. Sie haben einen Anspruch auf eine Invaliditätsleistung in Höhe von 90.000 Euro. Dann zahlen wir Ihnen die doppelte Leistung in Höhe von 180.000 Euro.

Die Mehrleistung berechnet sich nur aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

11.33 Schmerzensgeld (gilt nur für die Leistungsart Invalidität)

11.33.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein Unfall führt zu einer der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen. Die Verletzung ist unverzüglich ärztlich festgestellt worden.

11.33.2 Fristen

Der Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgelds erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Der Anspruch muss innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.

Tritt der Tod ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht wurde, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.

11.33.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Schmerzensgeld von maximal 3 % Ihrer versicherten Invaliditätsgrundsumme.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem in der Tabelle festgesetzten Prozentsatz. Hat die versicherte Person durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen erlitten, werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Sie haben eine Invaliditätsgrundsumme von 100.000 Euro bei uns versichert. Das bedeutet, Sie haben einen Anspruch auf maximal 3.000 Euro Schmerzensgeld (3 % der Invaliditätsgrundsumme). Haben Sie sich zum Beispiel einen Arm gebrochen, erhalten sie von uns 40 % der versicherten Summe. In diesem Fall wären das 1.200 Euro Schmerzensgeld (40 % von 3.000 Euro).

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir ein Schmerzensgeld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

Schmerzensgeldtabelle

a) Knochenbrüche	**Leistungsprozentsatz**
Schädeldach, Schädelbasis	100 %
Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- (z. B. Oberschenkelhals), Kniegelenk	80 %
Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
je Arm, Bein, Kiefergelenk, Sprunggelenk	40 %
je Hand, Fuß, Gesichtsschädel, Schulterblatt, Brustbein	30 %
sonstige/s Gelenk/e (die hier nicht speziell genannt sind)	25 %
Schlüsselbein, Steiß, Rippe oder mehrere Rippen, Becken: Darm-, Kreuz-, Scham-, Sitz-, Hüftbein (re/li)	20 %
Finger oder mehrere Finger, Zehe oder mehrere Zehen	10 %

Schmerzensgeldtabelle

b) Innere Verletzungen	**Leistungsprozentsatz**
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, Verbrennungen 3. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	25 % 30 % 50 %
d) Sonstige Verletzungen	
Distorsion der Halswirbelsäule (Verstauchung)	10 %
Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern und/oder Kapseln. Ausgenommen hiervon sind Muskelfaserrisse und Meniskusrisse	20 %
Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades	25 %

11.34 Sofortleistung bei Schwerverletzungen (gilt nur für die Leistungsart Invalidität)

11.34.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades,
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
  - o Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten. Lange Röhrenknochen sind die Unterarm-, Oberarm-, Unterschenkel- und Oberschenkelknochen.
    Beispiel: Ellen- und Oberschenkelbruch; Schienbein- und Oberarmbruch
  - o Bruch beider Fersenbeine,
  - o gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen,
  - o Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
    - – Bruch eines langen Röhrenknochens,
    - – Bruch des Beckens,
    - – Bruch der Wirbelsäule,
    - – Bruch eines Fersenbeins,
    - – gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs,

Beispiel: Ellen- und Oberschenkelbruch; Schienbein- und Oberarmbruch

- Verbrennungen des 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen. Eine hochgradige Sehbehinderung liegt bei einer Sehschärfe von nicht mehr als 1/20 vor.

Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachgewiesen worden.

11.34.2 Fristen

Der Anspruch auf Zahlung einer Sofortleistung erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

Tritt der Tod ein, bevor der Anspruch auf Sofortleistung geltend gemacht wurde, erlischt der Anspruch auf Sofortleistung.

11.34.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Sofortleistung in Höhe von 10 % der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, jedoch höchstens 10.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.35 Familienvorsorge Unfallversicherung

11.35.1 Beginn und Dauer der Familienvorsorge Unfallversicherung

Wir gewähren beitragsfreien Versicherungsschutz für während der Wirksamkeit des Vertrags und vor Vollendung Ihres 50. Lebensjahres neu hinzukommende
- Ehegatten, gleichgeschlechtliche Ehepartner,
- leibliche Kinder und
- adoptierte Kinder.

Beitragsfreier Versicherungsschutz besteht für die Dauer von sechs Monaten nach Heirat oder Vollendung der Geburt.

Zeigen Sie uns die Heirat/Eheschließung oder die Geburt/Adoption innerhalb der ersten sechs Monate an, verlängern wir den Versicherungsschutz um weitere sechs Monate.

11.35.2 Versicherungssummen

Für jede neu hinzukommende Person gelten ausschließlich die folgenden Versicherungssummen. Alle sonstigen Erweiterungen des Basis-, Komfort- oder Premium-Schutzes finden keine Anwendung.

Invalidität mit Progressiver Invaliditätsstaffel	30.000 Euro
Bei Vollinvalidität	150.000 Euro
Unfallkrankenhaustagegeld	15 Euro
Genesungsgeld	15 Euro
Todesfall	3.000 Euro

Bestehen für Sie bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir Leistungen für neu hinzukommende Ehegatten oder Kinder nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.36 Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallversicherung)

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war,
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde und
- Sie Ihren ständigen Wohnsitz nicht im Ausland hatten, gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Folgende Regelungen gelten nur für die Leistungsart Unfallrente

11.37 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

11.37.1 Voraussetzung für die Mehrleistung

Die versicherte Person hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis
- vor Vollendung des 65. Lebensjahres erlitten und
- dieses hat ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3.2) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 von mindestens 90 % geführt.

11.37.2 Art und Höhe der Mehrleistung

Als Mehrleistung verdoppeln wir die Rentenleistung. Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 2.000 Euro begrenzt.

Beispiel: Sie haben eine Unfallrente in Höhe von 1.000 Euro versichert. Nach einem Unfall erleiden Sie eine Invalidität in Höhe von 90 %. Dann zahlen wir Ihnen die doppelte Rentenleistung. Das wären in diesem Fall 2.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen/Verträge zusammen.

11.38 Rentengarantie im Todesfall

11.38.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die zum Unfallzeitpunkt volljährige versicherte Person stirbt
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und
- es ist ein Anspruch auf Unfallrente entstanden.

11.38.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir garantieren Ihnen die Zahlung der Unfallrente über den Tod des Versicherten hinaus.

Die Garantie gilt bis zum Ablauf des fünfzehnten Jahres nach Beginn des Monats, indem sich der Unfall ereignet hat.

Sind minderjährige Kinder zum Unfallzeitpunkt in diesem Unfallvertrag mitversichert, verlängert sich die Dauer der Leitstung min. bis zum Ende des Monats, in dem das jüngste mitversicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, garantieren wir Ihnen die Zahlung der Unfallrente über den Tod des Versicherten hinaus, nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.39 Kapitalleistung statt Rentengarantie (gilt nur bei Vereinbarung der Kinder-Unfallrente)

11.39.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das zum Unfallzeitpunkt minderjährige versicherte Kind stirbt
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und
- es ist ein Anspruch auf Unfallrente entstanden.

11.39.2 Art und Höhe der Leistung

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

11.40 Einmalzahlung im Versicherungsfall

11.40.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erleidet ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis und es besteht Anspruch auf die Zahlung einer Unfallrente nach Ziffer 2.2.1.

11.40.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung in Höhe des 10-fachen der vereinbarten, monatlichen Rentenleistung. Die einmalige Kapitalleistung ist auf einen Höchstbetrag von 10.000 Euro begrenzt.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir die Einmalzahlung nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

11.41 Schmerzensgeld Plus (gilt nur für die Leistungsart Unfallrente)

11.41.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein Unfall führt zu einer der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen. Die Verletzung ist unverzüglich ärztlich festgestellt worden.

11.41.2 Fristen

Der Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgelds erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Der Anspruch muss innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.

Tritt der Tod ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht wurde, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.

11.41.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen maximal ein Schmerzensgeld in Höhe der versicherten Unfallrente. Die tatsächliche Höhe richtet sich nach dem aufgeführten Prozentsatz in der Schmerzensgeldtabelle in Verbindung mit der versicherten Unfallrente.

Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem in der Tabelle festgesetzten Prozentsatz. Hat die versicherte Person durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen erlitten, werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Sie haben eine Rentengrundsumme von 1.000 Euro bei uns versichert. Das bedeutet, Sie haben einen Anspruch auf maximal 1.000 Euro Schmerzensgeld (versicherte Unfallrente). Haben Sie sich zum Beispiel einen Arm gebrochen, erhalten sie von uns 40 % der versicherten Unfallrente. In diesem Fall wären das 400 Euro Schmerzensgeld (40 % von 1.000 Euro).

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir ein Schmerzensgeld nur aus einem dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge.

Schmerzensgeldtabelle

a) Knochenbrüche	**Leistungsprozentsatz**
Schädeldach, Schädelbasis	100 %
Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- (z. B. Oberschenkelhals), Kniegelenk	80 %
Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
je Arm, Bein, Kiefergelenk, Sprunggelenk	40 %
je Hand, Fuß, Gesichtsschädel, Schulterblatt, Brustbein	30 %
sonstige/s Gelenk/e (die hier nicht speziell genannt sind)	25 %
Schlüsselbein, Steiß, Rippe oder mehrere Rippen, Becken: Darm-, Kreuz-, Scham-, Sitz-, Hüftbein (re/li)	20 %
Finger oder mehrere Finger, Zehe oder mehrere Zehen	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, Verbrennungen 3. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche	25 % 30 % 50 %
d) Sonstige Verletzungen	
Distorsion der Halswirbelsäule (Verstauchung)	10 %
Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern und/oder Kapseln. Ausgenommen hiervon sind Muskelfaserrisse und Meniskusrisse	20 %
Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades	25 %

12. Werden Versicherungssummen und Beiträge planmäßig erhöht?

12.1 Dynamik

Bei Vertragsabschluss vereinbaren Sie mit uns einen Prozentsatz, um den sich die Versicherungssumme und der Beitrag jährlich erhöhen. Standardmäßig ist bei uns eine Erhöhung um fünf Prozent vorgesehen. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum nächsten 01.01. Sofern der Vertrag nach dem 01.10. abgeschlossen wurde, erfolgt die erste Erhöhung nicht zum nächsten 01.01., sondern den des darauffolgenden Jahres.

Die Versicherungssummen werden dabei auf die nächst höhere Mengeneinheit des Tarifs angepasst. Der nach der Erhöhung der Versicherungssummen zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem gültigen Tarif. Über die erhöhten Versicherungssummen und den erhöhten Beitrag erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Nur folgende Versicherungsleistungen sind von der Dynamik betroffen:
- Invaliditätsleistung auf 1.000 Euro (Ziffer 2.1)
- Unfallrente auf 100 Euro (Ziffer 2.2)
- Tagegeld auf 1 Euro (Ziffer 2.3)
- Unfallkrankenhaustagegeld auf 1 Euro (Ziffer 2.4)
- Genesungsgeld auf 1 Euro (Ziffer 2.5)
- Todesfallleistung auf 1.000 Euro (Ziffer 2.6)

Die Leistungen der Familienvorsorge-Unfallversicherung nach Ziffer 9.17, 10.31 und 11.35 sind von der dynamischen Erhöhung ausgeschlossen.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin. Dies bedeutet, dass die zum Schadenzeitpunkt gültigen Versicherungssummen zugrunde liegen.

12.2 Widerruf und Widerspruch der Dynamik

Sie können der Erhöhung für ein Jahr innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt des Nachtrags zum Versicherungsschein schriftlich widersprechen. Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Vertrag dann wieder mit der vereinbarten planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag fortgeführt.

Beide Vertragsparteien können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

13. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Die Regelungen zu Beginn und Ende Ihres Versicherungsvertrages finden Sie in Ziffer 6 des Allgemeinen Teils (B) (Wann beginnt und wann endet der Vertrag?).

Zusätzlich gilt in Ihrer privaten Unfallversicherung:

Haben Sie oder die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz im Ausland, kann der Versicherungsschutz nicht gewährt bzw. der Vertrag nicht fortgeführt werden.

14. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

14.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

14.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

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

15. Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor? Welche Rechte haben Sie bei einer Beitragsanpassung?

15.1 Anpassung des Beitrages/Beitragssatz

Wir sind berechtigt, den Beitrag bzw. den Beitragssatz für
- gleichartige Risiken der Kostenentwicklung und
- dem Schadenbedarf

anzupassen.

Dabei wenden wir anerkannte Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik an. Die Anpassung des Beitrags bzw. des Beitragssatzes gilt, wenn sie von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt werden. Die so neu errechneten Beiträge bzw. Beitragssätze gelten auch für bestehende Versicherungsverträge.

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

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

15.2 Kündigungsrecht nach Beitragserhöhung

Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung kündigen.

Ihre Kündigung wird zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung wirksam.

Ihre Kündigung ist schriftlich zu erklären.

16. Welche besondere Vereinbarung gilt für Arbeitnehmer von Versicherungsunternehmen?

Diese Besondere Vereinbarung gilt nicht für den Basis-Schutz und für die Leistungsart Unfallrente.

16.1 Verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Ergänzend zu den Bemessungsgrundsätzen in den Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 gilt Folgendes:

16.1.1 Wir nehmen einen Invaliditätsgrad von 100 % an, wenn durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis

- eine dauernde Berufsunfähigkeit/volle Erwerbsminderung im arbeitsrechtlichen Sinn oder
- eine dauernde Erwerbsunfähigkeit/volle Erwerbsminderung eintritt

und medizinisch festgestellt wird.

16.1.2 Die dauernde Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit muss innerhalb einer Frist von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und festgestellt werden.

16.1.3 Die versicherte Person muss wegen des in Ziffer 16.1 beschriebenen Unfalls innerhalb einer weiteren Frist von einem Jahr wegen der dauernden Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit rechtswirksam aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden.

16.2 Nachweise

Die versicherte Person hat uns den behördlichen Bescheid über eine der in Ziffer 16.1 genannten Maßnahmen unverzüglich im Original oder in öffentlich beglaubigter Kopie zu übersenden.

Wir sind berechtigt, ergänzende Auskünfte einzuholen.

Die in Ziffer 9.3 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung) geregelten Obliegenheiten gelten weiterhin.

Verletzen Sie einer der Obliegenheiten, gelten die Ziffern 9.4 und 9.5 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten).

16.3 Mitwirkung

Treffen die unfallbedingte Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der durch die Unfallfolgen entstandenen Dienst-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich die Invaliditätsleistung.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, nehmen wir keine Minderung vor.

16.4 Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Scheidet die versicherte Person aus dem Arbeitsverhältnis nach Ziffer 16.1.3 aus, wird die Versicherung ohne diese Deckungserweiterung fortgeführt.

16.5 Bemessungsgrundlage für die Leistung aus der Progressiven Invaliditätsstaffel

Anspruchsvoraussetzung und Bemessungsgrundlage für die Leistung aus der Progressiven Invaliditätsstaffel ist stets der tatsächlich nach Ziffer 2.1 ermittelte Invaliditätsgrad und nicht der nach Ziffer 16.1 angenommene Invaliditätsgrad von 100 %.

16.6 Einmalzahlung im Versicherungsfall

Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 5 % der Invaliditätsgrundsumme, sofern die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Kapitalleistung ist auf einen Höchstbetrag von 10.000 Euro begrenzt.

Bestehen für die versicherte Person bei der DEVK weitere Unfallversicherungen/-verträge, zahlen wir die Einmalzahlung nur aus einer dieser Versicherungen oder aus einem dieser Verträge.

17. Schmerzensgeld bei Suizid oder tätlichem Angriff (gilt nur für den Rahmenvertrag mit der EVG oder GDL)

Wird infolge eines
- unmittelbar erlebten Schienensuizids,
- unmittelbar erlebten Suizids als Busfahrer oder
- tätlichen Angriffes

die versicherte Person, welche Mitglied bei der EVG oder GDL ist, aufgrund einer psychischen Störung, innerhalb von 30 Tagen nach dem Ereignis mindestens eine Woche (7 Tage) arbeitsunfähig krankgeschrieben, erbringt der Versicherer eine einmalige Entschädigung in Höhe von 2.000 Euro.

Als tätlicher Angriff gegen die versicherte Person gelten:
– Raub, räuberische Erpressung, räuberischer Diebstahl,
– Bedrohung mit einem gefährlichen Werkzeug (z. B. Messer) sowie
– eine ernsthafte Drohung mit einer das Leben gefährdenden Behandlung.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den gegen sie gerichteten tätlichen Angriff unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen. Verletzt die versicherte Person diese Obliegenheit, kann der Versicherer gemäß Ziffer 9 (Teil B AUB 2021) leistungsfrei sein.

Ist die versicherte Person unmittelbarer Zeuge eines Unfalles, bei dem ein Mensch durch ein Schienenfahrzeug oder durch einen Bus überrollt wird und zu Tode kommt, dann steht ihm ebenfalls die einmalige Entschädigung in Höhe von 2.000 Euro zu. Gleiches gilt, wenn er Zeuge eines tätlichen Angriffs wird, bei dem ein Mensch getötet wird.

Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltage angerechnet.

Abschnitt U2 Versicherung von Reha- und Assistance-Leistungen in der Unfallversicherung – (Tarife Basis, Komfort und Premium)

Inhalt **Seite**

1.	**Was ist versichert?**	**63**
2.	**Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfe- und Pflegeleistungen?**	**63 - 64**
2.1	Voraussetzungen	63
2.2	Umfang und Leistungsbegrenzung	64
2.3	Dauer	64
2.4	Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	64
3.	**Welche Unfall-Assistance Leistungen sind versichert?**	**64 - 66**
3.1	Allgemeine Leistungen	64 - 66
3.2	Besondere Leistungen für Kinder	66
4.	**Welche Leistungen beinhaltet unser Reha-Management?**	**66 - 67**
4.1	Informations-Dienstleistung	66 - 67
4.2	Erstberatung	67
4.3	Medizinische Rehabilitation	67
4.4	Berufliche Rehabilitation	67
4.5	Technische Rehabilitation	67
4.6	Soziale Rehabilitation	67
4.7	Rehabilitation eines Kindes	67
5.	**Welche Informations- und Beratungsleistungen sind versichert?**	**67 - 69**
5.1	Gesundheits-Navigator	67 - 68
5.2	Kinder-Navigator	68 - 69
5.3	Pflege-Navigator	69
6.	**Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Obliegenheiten)**	**69**

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 3 und 4 genannten Dienstleistungen und nur in dem dort genannten Rahmen.

1. Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfang Hilfs- und Pflegeleistungen.

Wir bedienen uns dazu eines qualifizierten Dienstleisters. Dieser erbringt entweder die Leistungen selbst oder lässt diese durch von ihm beauftragte Dritte erbringen.

Beispiel: anerkannte Hilfsorganisationen, lokale Pflegedienste, Rehabilitationsdienste

1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

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

2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfe- und Pflegeleistungen?

2.1 Voraussetzungen

2.1.1 Die versicherte Person ist durch einen Unfall in Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Sinne der nachstehenden Leistungsaufstellung benötigt die versicherte Person Unterstützung (Hilfsbedürftigkeit).

2.1.2 Sie haben die Hilfsbedürftigkeit bei uns geltend gemacht. Sie haben keinen Leistungsanspruch, wenn Sie den Dienstleister für Leistungen nach den Ziffern 3 und 4 selbst ausgewählt haben.

2.1.3 Die Leistung gemäß Ziffer 4.2 (Erstberatung) 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 müssen Sie durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachweisen.

2.1.4 Die Leistungen gemäß Ziffer 3 setzen keine dauerhafte Invalidität voraus und erbringen wir auch dann, wenn die Hilfsbedürftigkeit nur vorübergehend ist.

2.2 Umfang und Leistungsbegrenzung

2.2.1 Unser Dienstleister ermittelt den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in den Ziffern 3 bis 5 aufgeführten Leistungen.

Die Kostenerstattung für die Leistungen gemäß Ziffer 3 ist auf 7.500 Euro je Versicherungsfall begrenzt.

2.2.2 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.

2.2.3 Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen/-verträge, gewähren wir Hilfe- und Pflegeleistungen nur aus einem dieser Versicherungen/Verträge.

2.3 Dauer

2.3.1 Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen gemäß Ziffer 3, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2.1 erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.

2.3.2 Wir erbringen die Leistungen des Reha-Managements gemäß Ziffer 4, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2.1 erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

2.3.3 Die Hilfs- und Pflegeleistungen stellen wir ein, 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.

2.4 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

3. Welche Unfall-Assistance-Leistungen sind versichert?

3.1 Allgemeine Leistungen

3.1.1 Erstgespräch

Wir stellen den individuellen Unterstützungsbedarf für Sie bzw. der versicherten Person unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfelds fest.

Dazu sprechen wir in einem telefonischen Erstgespräch mit
- Ihnen bzw. der versicherten Person,
- den Angehörigen und,
- soweit erforderlich, mit dem behandelnden Arzt.

3.1.2 Allgemeine Organisationsleistungen

Wir beauftragen und koordinieren alle Hilfe- und Pflegeleistungen entsprechend der versicherten Leistungen und überprüfen deren Ausführung und Anpassungsbedarf im Verlauf des Schadenfalls.

Hierbei stimmen wir uns mit Ihnen bzw. der versicherten Person oder den betreuenden Angehörigen ab.

3.1.3 Pflegeberatung

Beim ersten Besuch des Dienstleisters erfolgt vor Ort eine Überprüfung des Bedarfs an Hilfeleistungen. Bei Bedarf erfolgt eine Beratung zu Pflegehilfsmitteln.

3.1.4 Menüservice

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person täglich eine warme Hauptmahlzeit. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs wochenweise (Sieben Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

Auf Wunsch organisieren wir dies auch für den Ehepartner oder den/die in häuslicher Gemeinschaft wohnende/n Lebensgefährten/-in und die in Ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kindern.

3.1.5 Fahrdienst

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person bis zu zweimal in der Woche einen Fahrdienst zu
- Ärzten,
- Behörden,
- Krankengymnastik und
- Therapien.

3.1.6 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person bis zu zweimal in der Woche einen Begleitservice zu Behördengängen und Arztbesuchen, sofern das persönliche Erscheinen notwendig und eine Begleitung medizinisch erforderlich ist.

3.1.7 Wohnungsreinigung

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person einmal in der Woche eine Reinigung der Wohnung oder des Hauses. Die Reinigung ist beschränkt auf den Wohnbereich und erfolgt im üblichen Umfang, maximal jedoch für vier Stunden.

Beispiel: Wohnraum, Küche, Schlafraum, Bad

Voraussetzung dafür ist, dass die Wohnung oder das Haus vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.1.8 Besorgungen und Einkäufe

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person 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 Abholung.

3.1.9 Wäscheservice

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person einmal in der Woche einen Wäscheservice. Bei Bedarf wird Ihre Kleidung und Wäsche gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen
- Waschen und Trocknen,
- Bügeln,
- Ausbessern,
- Sortieren,
- Einräumen, sowie
- die Schuhpflege.

3.1.10 Haustierbetreuung

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person die Betreuung der Haustiere, sofern es sich um gewöhnliche Haustiere handelt und nicht um exotische Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung notwendig ist.

Beispiel: Hunde, Katzen, Vögel, Fische etc.

Die Kosten übernehmen wir bis maximal 150 Euro je Versicherungsfall.

3.1.11 Gartenpflege, Schneeräumung, Laubentfernung

Wir organisieren für Sie bzw. der versicherten Person je nach Bedarf bis zu zwei Stunden in der Woche
- Gartenpflege,
- Schneeräumung oder
- Laubentfernung.

Die Kosten übernehmen wir bis maximal 200 Euro je Versicherungsfall.

3.1.12 Pflegeschulung für Angehörige

Wir organisieren auf Wunsch für Ihre bzw. die pflegenden Angehörigen der versicherten Person eine einmalige Schulung durch eine Fachkraft für die Aufgaben der täglichen Pflege.

Die Kosten übernehmen wir bis maximal 150 Euro je Versicherungsfall.

3.1.13 Umbauberatung

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person eine einmalige Beratung zum Umbau von
- Wohnung,
- Haus sowie
- Ihres Fahrzeugs.

Die Kosten des Umbaus übernehmen wir nicht. Diese sind in bestimmten Fällen im Rahmen Ihres Unfallversicherungstarifs erstattungsfähig.

3.1.14 Psychologische Soforthilfe

Wenn Sie aufgrund einer Notfallsituation eine psychologische Soforthilfe benötigen, vermitteln wir Ihnen einen Psychologen oder Psychotherapeuten.

Die Kosten übernehmen wir für bis zu drei telefonische Beratungsgespräche je Leistungsfall.

3.1.15 Vermittlung ärztliche Zweitmeinung

Wir vermitteln Spezialisten aus den wichtigsten medizinischen Fachgebieten zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung aus dem von der Diagnose betroffenen Fachgebiet und übernehmen die für die Vermittlung anfallenden Kosten.
Voraussetzung ist das Vorliegen einer Diagnose mit der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung.

3.1.16 Erfüllung von Hauspflichten

Wenn Sie aufgrund eines stationären Aufenthalts in einer Akut- oder Rehabilitationsklink nicht persönlich oder durch andere mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen in der Lage sind, Ihre Hauspflichten zu erfüllen, vermitteln wir Ihnen eine Person, die Ihre Hauspflichten während Ihrer Abwesenheit übernimmt.

Die Kosten übernehmen wir 1 x wöchentlich für max. drei Stunden.

3.1.17 House-Sitting

Wenn Sie aufgrund eines stationären Aufenthalts in einer Akut- oder Rehabilitationsklink nicht persönlich oder durch andere mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen in der Lage sind, nach Ihrer Wohnung bzw. Ihrem Haus zu schauen und den Briefkasten zu entleeren, vermitteln wir Ihnen eine Person, die dies während Ihrer Abwesenheit übernimmt.

Die Kosten übernehmen wir 1 x wöchentlich für max. drei Stunden.

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass dem beauftragten Dienstleister die Schlüssel übergeben und die anstehenden Aufgaben und Örtlichkeiten im Rahmen einer Übergabe erläutert werden können.

3.1.18 Krankenbesuch

Wenn Sie sich infolge eines versicherten Unfallereignisses in stationärer Behandlung in einer Akut- oder Rehabilitationsklinik befinden, die länger als fünf Tage dauert, organisieren wir den Besuch Ihnen nahestehender Personen.

Die Kosten für Fahrt- und Übernachtungskosten sind bis 1.000 € je Leistungsfall versichert.

3.1.19 Selbst-Reha

Setzen Sie im Anschluss an eine Heilbehandlungs- bzw. Rehabilitations-Maßnahme die Wiederherstellung Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit unter qualifizierter und fachlicher Anleitung privat fort, übernehmen wir die Kosten für ein qualifiziertes Fitnessstudio oder eine physiotherapeutische Behandlung bis zu maximal 500,00 Euro.

Kosten für einen Personaltrainer sind hiervon nicht umfasst.

3.1.20 Ersatzpflegekraft

Wenn Sie sich infolge eines versicherten Unfallereignisses in stationärer Behandlung in einer Akut- oder Rehabilitationsklinik befinden und nicht persönlich oder durch andere mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen in der Lage sind, Ihre Angehörigen zu pflegen, organisieren wir Ihnen eine Pflegekraft.

Wir übernehmen die Kosten für diese Dienstleistung, bis eine Kurzzeit-/Verhinderungspflege eingerichtet werden konnte.

3.2 Besondere Leistungen für Kinder

3.2.1 Kinderbetreuung

Wir organisieren für Sie bzw. die versicherte Person die Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder unter 16 Jahren, wenn Sie bzw. die versicherte Person 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 übernehmen wir im Rahmen der allgemeinen Leistungsgrenzen nach Ziffer 2.2.1.

3.2.2 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).

3.2.3 Kinderbetreuung von Geschwisterkindern

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 übernehmen wir im Rahmen der allgemeinen Leistungsgrenzen nach Ziffer 2.2.1.

3.2.4 Familienhilfe

Wir organisieren für Sie oder die versicherte Person eine Familienhilfe. Die Kosten für die Familienhilfe übernehmen wir im Rahmen der allgemeinen Leistungsgrenzen nach Ziffer 2.2.1.

3.2.5 Fahrdienst für Kinder

Wir organisieren für Sie oder die versicherte Person einen Fahrdienst für Kinder unter zwölf Jahren, die im Haushalt leben, wenn die versicherte Person oder eine andere Person zur Beförderung nicht in der Lage sind.

Die hierdurch entstehenden Kosten übernehmen wir bis maximal 500 Euro je Versicherungsfall.

3.2.6 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 übernehmen wir bis maximal 500 Euro je Versicherungsfall.

3.2.7 Besondere Leistung bei Kinderunfall

Nach einem Unfall übernehmen wir die Kosten für Unterhaltungsmedien für das verunfallte Kind.

Beispiel: Bücher oder Zeitschriften sowie ggf. Spielzeug

Die Kosten übernehmen wir bis maximal 50 Euro je Versicherungsfall.

4. Welche Leistungen beinhaltet unser Reha-Management?

4.1 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)

4.2 Erstberatung

Nach dem Unfall vereinbaren wir mit Ihnen bzw. der versicherten Person einen zeitnahen Termin für eine Beratung. Im Rahmen dieser Erstberatung erstellen wir entsprechend der jeweiligen Bedarfslage ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung.

Dabei berücksichtigen wir
- medizinische,
- berufliche,
- technische und
- soziale Belange

der versicherten Person.

Im Rahmen der persönlichen Beratung 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 die Erstberatung auf Wunsch mit weiteren Leistungen gemäß Ziffern 4.3 bis 4.7.

4.3 Medizinische Rehabilitation

Wir unterstützen Sie bzw. die versicherte Person bei der Feststellung des 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 übernehmen wir nicht.

4.4 Berufliche Rehabilitation

Wir benennen und vermitteln Personal- und Berufsberater. Die Kosten für vermittelte Leistungen übernehmen wir nicht.

4.5 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 und
- spezialisierte Architekten und Baufirmen.

Die Kosten für vermittelte Leistungen übernehmen wir nicht.

4.6 Soziale Rehabilitation

Wir benennen und vermitteln
- Rehabilitationsberater,
- Verbände,
- Institutionen,
- soziale Einrichtungen und andere Hilfen,
- Behörden und
- psychologische Unterstützung.

Die Kosten für vermittelte Leistungen übernehmen wir nicht.

4.7 Rehabilitation eines Kindes

Wir benennen und vermitteln
- spezialisierte Kindergärten,
- spezialisierte Schulen,
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten,
- Elternbegleitung,
- Nachhilfe zu Hause,
- Tagesmütter und
- Kinderkrankenpflegepersonal.

Die Kosten für vermittelte Leistungen übernehmen wir nicht.

5. Welche Informations- und Beratungsleistungen sind versichert?

5.1 Gesundheits-Navigator

5.1.1 Allgemeine Gesundheitsberatung

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person bei allgemeinen Fragen rund um das Thema Medizin, insbesondere zu Diagnostik und Therapie. Auf Wunsch benennen wir die entsprechenden medizinischen Dienstleister.

Beispiel: Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten etc.

5.1.2 Information zu speziellen Gesundheitsfragen

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person rund um die Themen
- Kinderkrankheiten,
- Vergiftungen,
- Insektenstiche und
- Tierbisse.

Auf Wunsch benennen wir die entsprechenden medizinischen Dienstleister.

Beispiel: Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker etc.

5.1.3 Information zu speziellen Erkrankungen

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person rund um die Erkrankungen Demenz und Morbus Parkinson. Auf Wunsch benennen wir die entsprechenden medizinischen Dienstleister.

Beispiel: Ärzte, Kliniken, Betreuungspersonen etc.

5.1.4 Zahnmedizinische Beratung

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person rund um das Thema Zahnmedizin. Auf Wunsch benennen wir die entsprechenden medizinischen Dienstleister.

Beispiel: Zahnärzte, Zahnkliniken etc.

5.1.5 Arzneimittelberatung

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person zu Arzneimitteln. Wir geben Auskunft zu
- Wirkungen,
- Wechsel- und Nebenwirkungen,
- Wirkstoffen sowie
- Generika.

5.1.6 Impfberatung

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

5.1.7 Reisemedizinische Beratung

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person über Klima und Einreisebestimmungen für das Reiseland. Wir beraten Sie bzw. die versicherte Person zu Impfvorschriften und Impfempfehlungen. Auf Wunsch übersenden wir eine Checkliste für die Reiseapotheke.

5.1.8 Information und Beratung nach Unfall

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person nach einem Unfall über
- tauchtypische Erkrankungen,
- Erfrierungen,
- kosmetische Operationen etc.

Auf Wunsch benennen wir entsprechende medizinische Dienstleister.

Beispiel: Ärzte, Kliniken, Druckkammern etc.

5.1.9 Psychologische Beratung

Wir informieren und beraten Sie bzw. die versicherte Person in psychologischen Fragen, insbesondere bei unfallbedingten Problemen. Auf Wunsch benennen wir entsprechende medizinische Dienstleister.

Beispiel: Ärzte, Kliniken, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen etc.

5.1.10 Beratung zu Wellness, Fitness und Ernährung

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person zu den Themen Wellness und Fitness. Außerdem beraten wir Sie bzw. die versicherte Person zum Thema Ernährung. Dabei berücksichtigen wir die speziellen Bedürfnisse des Lebensabschnitts.

Beispiel: Stillberatung, Ernährungsumstellung, Nahrungsergänzungsmittel, Sondenkost etc.

5.1.11 Beratung zu Testament, Betreuungsvollmachten, Bestattung

Wir informieren Sie bzw. die versicherte Person zu den Themen
- Testament,
- Betreuungsvollmachten und
- Bestattung.

Auf Wunsch senden wir Mustervorlagen zu.

5.2 Kinder-Navigator

5.2.1 Information und Beratung zum Thema Freizeitgestaltung

Wir informieren und beraten Sie bzw. die versicherte Person 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

5.2.2 Information und Beratung zur Kinderbetreuung

Wir informieren und beraten Sie bzw. die versicherte Person zum Thema Kinderbetreuung. In besonderen Lebenslagen kann hier eine individuelle Lösung notwendig sein. Auf Wunsch benennen wir entsprechende Dienstleister.

Beispiel: Kitas, Schulen, Tagesmütter und Babysitter

5.3 Pflege-Navigator

5.3.1 Beratung zur Pflegeversicherung

Wir informieren und beraten Sie bzw. die versicherte Person 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

5.3.2 Beratung zur Pflege eines Angehörigen

Wir informieren und beraten Sie bzw. die versicherte Person zur Pflege eines Angehörigen. Auf Wunsch benennen wir Dienstleister zur Pflege und zu haushaltsnahen Dienstleistungen.

5.3.3 Beratung Kurzzeitpflege

Wir informieren und beraten Sie bzw. die versicherte Person zum Thema Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Auf Wunsch benennen wir entsprechende Dienstleister.

5.3.4 Beratung zur stationären Pflege

Wir informieren und beraten Sie bzw. die versicherte Person zur stationären Pflege. Auf Wunsch benennen wir entsprechende Einrichtungen.

6. Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Obliegenheiten)

Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen gemäß der Ziffern 3 bis 5 notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

Inhalt

		Seite
1.	**Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?**	**71**
2.	**Was gilt für die Zahlung Ihres ersten oder einmaligen Beitrags?**	**71**
2.1	Fälligkeit Ihres Erst- oder Einmalbeitrags	71
2.2	Unser Rücktrittsrecht bei Zahlungsverzug	71
2.3	Unsere Leistungsfreiheit	71
3.	**Was gilt für die Zahlung Ihres Folgebeitrags?**	**71 - 72**
3.1	Fälligkeit	71
3.2	Verzug und Schadensersatz	71
3.3	Mahnung	71
3.4	Leistungsfreiheit nach Mahnung	71
3.5	Kündigung nach Mahnung	71 - 72
3.6	Zahlung Ihres Beitrags nach Kündigung	72
4.	**Was gilt beim Lastschriftverfahren?**	**72**
4.1	Ihre Pflichten	72
4.2	Fehlgeschlagener Lastschrifteinzug	72
5.	**Was geschieht mit Ihrem Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?**	**72**
5.1	Allgemeiner Grundsatz	72
5.2	Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf, Rücktritt, Anfechtung und fehlendem versicherten Interesse	72
6.	**Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**	**72 - 73**
6.1	Vertragsdauer	72
6.2	Stillschweigende Verlängerung	72
6.3	Vertragsdauer von weniger als einem Jahr	73
6.4	Wegfall des versicherten Risikos	73
6.5	Besonderes Kündigungsrecht bei ständiger Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland	73
7.	**Wie ist Ihr Kündigungsrecht nach einem Versicherungsfall geregelt?**	**73**
7.1	Kündigungsrecht	73
7.2	Ihre Kündigung	73
7.3	Unsere Kündigung	73
8.	**Welche Anzeigepflichten haben Sie oder Ihr Vertreter/Bevollmächtigter bis zum Vertragsschluss?**	**73 - 74**
8.1	Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände	73
8.2	Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht	73 - 74
8.3	Frist und Form für die Ausübung unserer Rechte	74
8.4	Unsere Hinweispflicht	74
8.5	Ausschluss von unseren Rechten	74
8.6	Erlöschen unserer Rechte	74
9.	**Welche Obliegenheiten haben Sie zu erfüllen und welche Folge hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**	**74 - 75**
9.1	Ihre Obliegenheiten in der Sachversicherung (sofern vereinbart)	75
9.2	Ihre Obliegenheiten in der Haftpflichtversicherung (sofern vereinbart)	75
9.3	Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung (sofern vereinbart)	75
9.4	Kündigungsrecht bei Obliegenheitsverletzung	75
9.5	Leistungsfreiheit bei Obliegenheitsverletzung	75
10.	**Was gilt bei einer Mehrfachversicherung?**	**75**
10.1	Für die Sachversicherung (sofern vereinbart) gilt:	75
10.2	Für die Haftpflichtversicherung (sofern vereinbart) gilt:	75
11.	**Was ist bei Anzeigen oder Mitteilungen an uns zu beachten?**	**75 - 76**
11.1	Zuständige Stelle	75
11.2	Nichtanzeige einer Anschriften- oder Namensänderung	75 - 76
11.3	Nichtanzeige der Verlegung der gewerblichen Niederlassung	76
12.	**Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?**	**76**
13.	**Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?**	**76**
13.1	Klagen gegen uns oder Versicherungsvermittler	76
13.2	Klagen gegen Sie	76
14.	**Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?**	**76**
15.	**Welche Schlussbestimmung gilt für Ihren Vertrag?**	**76**

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den Erst- oder Einmalbeitrag rechtzeitig gezahlt haben (Ziffer 2.1.5).

2. Was gilt für die Zahlung Ihres ersten oder einmaligen Beitrags?

Je nach Vereinbarung haben Sie Ihre Beiträge im Voraus zu zahlen, entweder durch laufende Zahlungen oder als Einmalbeitrag.

Möchten Sie Ihren Beitrag durch laufende Zahlungen begleichen, können Sie entweder monatliche oder jährliche Zahlungsweise vereinbaren.

2.1 Fälligkeit Ihres Erst- oder Einmalbeitrags

2.1.1 Ihr erster oder einmaliger Beitrag ist unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts.

2.1.2 Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen. Dies gilt ebenfalls unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts.

2.1.3 Ist die Zahlung Ihres Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate Ihres ersten Jahresbeitrags. Die nach dieser Vereinbarung zunächst nicht fälligen Teile Ihres Beitrags stunden wir Ihnen. Geraten Sie mit einer Rate in Verzug, ist die Stundung aufgehoben.

2.1.4 Vereinbaren Sie monatliche Zahlungsweise Ihres Gesamtbeitrags (Jahresbeitrags), runden wir bei der Ratenzahlung ausgehend vom Gesamtbeitrag die Monatsrate auf volle 0,10 Euro auf.

2.1.5 Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem in Ziffer 2.1.1 und Ziffer 2.1.2 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem Sie Ihren Beitrag gezahlt haben.

2.2 Unser Rücktrittsrecht bei Zahlungsverzug

Zahlen Sie Ihren ersten oder einmaligen Beitrag nach Ziffer 2.1.1 und Ziffer 2.1.2 nicht unverzüglich, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie Ihren Beitrag nicht gezahlt haben.

Unser Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Unsere Leistungsfreiheit

Zahlen Sie Ihren ersten oder einmaligen Beitrag nach Ziffer 2.1.1 und Ziffer 2.1.2 nicht unverzüglich, sind wir für einen vor Zahlung Ihres Beitrags eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet.

Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn wir Sie
- durch gesonderte Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein

auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung Ihres Beitrags aufmerksam gemacht haben und Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

3. Was gilt für die Zahlung Ihres Folgebeitrags?

3.1 Fälligkeit

Ihre Folgebeiträge werden zu dem vereinbarten Zeitpunkt im Versicherungsschein der jeweiligen Versicherungsperiode fällig.

3.2 Verzug und Schadensersatz

Wenn Sie Ihren Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben. Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Haben Sie die Zahlung Ihres Jahresbeitrags in monatlichen Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate im Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

3.3 Mahnung

Wenn Sie Ihren Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen ab Zugang unserer Zahlungsaufforderung betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen – Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht – die nach den folgenden Ziffern mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

3.4 Leistungsfreiheit nach Mahnung

Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
- nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Versicherungsfall eintritt und
- Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung Ihres Beitrags, der Zinsen oder der Kosten schuldhaft in Verzug sind.

3.5 Kündigung nach Mahnung

Sind Sie mit der Zahlung Ihrer geschuldeten Beiträge schuldhaft in Verzug, können wir nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden werden. Mit Fristablauf wird die Kündigung wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung schuldhaft in Verzug sind. Hierauf sind Sie bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.

3.6 Zahlung Ihres Beitrags nach Kündigung

Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie Ihren Beitrag innerhalb eines Monats nach der Kündigung zahlen. Wenn die Kündigung mit der Zahlungsfrist verbunden worden ist, wird sie unwirksam, wenn Sie Ihren Beitrag innerhalb eines Monats nach Fristablauf zahlen.

4. Was gilt beim Lastschriftverfahren?

4.1 Ihre Pflichten

Wenn zur Einziehung Ihres Beitrags das Lastschriftverfahren vereinbart wurde, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn
- Ihr Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und
- der Einziehung nicht widersprochen wird.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn Ihr fälliger Beitrag ohne Verschulden nicht eingezogen werden kann und Ihr Beitrag nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich gezahlt wurde.

4.2 Fehlgeschlagener Lastschrifteinzug

Wenn Ihr fälliger Beitrag, trotz wiederholtem Einziehungsversuch, nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Ihre Beitragszahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Ihr Beitrag muss gezahlt werden, wenn wir hierzu in Textform aufgefordert haben.

5. Was geschieht mit Ihrem Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?

5.1 Allgemeiner Grundsatz

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil Ihres Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

5.2 Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf, Rücktritt, Anfechtung und fehlendem versicherten Interesse

5.2.1 Widerrufen Sie Ihre Vertragserklärung innerhalb von 60 Tagen, erstatten wir nur den auf die Zeit nach Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil Ihrer Beiträge.

Voraussetzung ist, dass wir in der Widerrufsbelehrung auf
- das Widerrufsrecht,
- die Rechtsfolgen des Widerrufs und
- den zu zahlenden Betrag

hingewiesen und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Ist die Widerrufsbelehrung nach Absatz 2 unterblieben, haben wir zusätzlich Ihren für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beitrag zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

5.2.2 Treten wir wegen Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Versicherungsvertrag zurück, steht uns Ihr Beitrag bis zum Zugang der Rücktrittserklärung zu.

Wird der Versicherungsvertrag durch unseren Rücktritt beendet, weil Ihr einmaliger oder erster Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist, steht uns eine angemessene Geschäftsgebühr zu.

5.2.3 Wird der Versicherungsvertrag durch unsere Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns Ihr Beitrag bis zum Zugang der Anfechtungserklärung zu.

5.2.4 Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, steht uns Ihr Beitrag zu, den wir hätten beanspruchen können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem wir vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt haben.

5.2.5 Sie sind nicht zur Zahlung Ihres Beitrags verpflichtet, wenn
- das versicherte Interesse bei Beginn der Versicherung nicht besteht, oder
- das Interesse bei einer Versicherung, die für ein künftiges Unternehmen oder für ein anderes künftiges Interesse genommen ist, nicht entsteht.

Wir können jedoch eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Haben Sie ein nicht bestehendes Interesse in der Absicht versichert, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist der Vertrag nichtig. Uns steht in diesem Fall Ihr Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem wir von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangen.

6. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

6.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

6.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr. Er verlängert sich nicht, wenn Sie oder wir spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragslaufzeit eine Kündigung erhalten haben.

6.3 Vertragsdauer von weniger als einem Jahr

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vereinbarten Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

6.4 Wegfall des versicherten Risikos

Fällt ein versichertes Risiko nach dem Beginn der Versicherung weg, endet der Vertrag bezüglich dieses Risikos zu dem Zeitpunkt, zu dem wir vom Wegfall des Risikos Kenntnis erlangen.

Für die Unfallversicherung gelten besondere Regelungen. Diese finden Sie in Ziffer 13. im Abschnitt U1 Private Unfallversicherung.

6.5 Besonderes Kündigungsrecht bei ständiger Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland

Wir bieten Versicherungen nur innerhalb der politischen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland an. Verlegen Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort dauerhaft ins Ausland, können wir Ihnen den Versicherungsschutz nicht weiter gewähren.

Insofern müssen Sie uns eine dauerhafte Verlegung Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes anzeigen, da Sie sonst Ihren Versicherungsschutz verlieren.

Wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort dauerhaft ins Ausland verlegen, können wir oder Sie den bestehenden Versicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende kündigen. Dies gilt nicht für die Wohngebäudeversicherung oder Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht, wenn Sie Eigentümer eines in der Bundesrepublik Deutschland gelegenen Wohngebäudes sind und dieses auch nach Ihrer dauerhaften Verlagerung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in Ihrem Eigentum verbleibt.

7. Wie ist Ihr Kündigungsrecht nach einem Versicherungsfall geregelt?

7.1 Kündigungsrecht

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn
- wir eine Entschädigung erbracht haben,
- Sie gegen uns Klage auf eine Entschädigung erhoben haben.

Die Kündigung müssen Sie oder wir in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) spätestens einen Monat nach der Zahlung oder Beendigung des Rechtsstreits erhalten haben.

7.2 Ihre Kündigung

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung mit dem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

7.3 Unsere Kündigung

Unsere Kündigung wird einen Monat nach dem Zugang bei Ihnen wirksam.

8. Welche Anzeigepflichten haben Sie oder Ihr Vertreter/Bevollmächtigter bis zum Vertragsschluss?

8.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter/Bevollmächtigtem geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, sind bei der Anwendung von Absatz 1 und Ziffer 8.2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters/Bevollmächtigtem als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter/Bevollmächtigten noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

8.2 Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Unter nachfolgend erläuterten Voraussetzungen können wir in einem solchen Fall
- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

8.2.1 Rücktritt

Wird die Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten, gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie auch für die Vergangenheit keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, sind wir unter folgender Voraussetzung zur Leistung verpflichtet:

Sie weisen uns nach, dass die Verletzung der Anzeigepflicht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand bezieht, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir in jedem Fall leistungsfrei.

Uns steht der Teil Ihres Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht.

8.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

8.2.3 Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten, gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsanpassung Ihren Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsanpassung hinweisen.

8.2.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil Ihres Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht.

8.3 Frist und Form für die Ausübung unserer Rechte

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung müssen wir innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht und der Umstände Kenntnis erlangen, die das von uns jeweils geltend gemachte Recht begründen.

8.4 Unsere Hinweispflicht

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

8.5 Ausschluss von unseren Rechten

Wir können uns auf unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

8.6 Erlöschen unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Diese Rechte erlöschen nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie oder Ihr Vertreter/Bevollmächtigter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

9. Welche Obliegenheiten haben Sie zu erfüllen und welche Folge hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

9.1 Ihre Obliegenheiten in der Sachversicherung (sofern vereinbart)

Diese Regelungen gelten nicht für die Unfallversicherung.

9.2 Ihre Obliegenheiten in der Haftpflichtversicherung (sofern vereinbart)

Diese Regelunge gilt nicht für die Unfallversicherung.

9.3 Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung

(1) Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
(2) Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
(3) Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.
Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.
(4) Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

(5) Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 42 Tagen unter Vorlage der Sterbeurkunde und dem Nachweis der Todesursache zu melden, auch wenn der Unfall bereits angezeigt ist. Zudem ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen. Von daher empfehlen wir, den Tod vor der Beerdigung zu melden. Eventuelle Zusatzkosten, die bei einer späteren Meldung durch eine Graböffnung entstehen könnten, sind ansonsten durch die Hinterbliebenen zu tragen.

9.4 Kündigungsrecht bei Obliegenheitsverletzung

Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig eine Obliegenheit, die Sie oder eine versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalls gegenüber uns zu erfüllen haben, sind wir berechtigt, den Vertrag fristlos zu kündigen.

Unsere Kündigung muss innerhalb eines Monats erfolgen, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben.

Weisen Sie oder eine versicherte Person uns nach, dass Sie die Obliegenheit weder grob fahrlässig noch vorsätzlich verletzt haben, entfällt unser Kündigungsrecht.

9.5 Leistungsfreiheit bei Obliegenheitsverletzung

9.5.1 Verletzen Sie oder eine versicherte Person eine Obliegenheit vorsätzlich, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

9.5.2 Verletzen Sie oder eine versicherte Person eine nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

9.5.3 Wir bleiben zur Leistung verpflichtet, wenn Sie oder eine versicherte Person nachweisen
- dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
- dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

10. Was gilt bei einer Mehrfachversicherung?

10.1 Für die Sachversicherung (sofern vereinbart) gilt:

Diese Regelung gilt nicht für die Unfallversicherung

10.2 Für die Haftpflichtversicherung (sofern vereinbart) gilt:

Diese Regelung gilt nicht für die Unfallversicherung

11. Was ist bei Anzeigen oder Mitteilungen an uns zu beachten?

11.1 Zuständige Stelle

Anzeigen und Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Zentrale oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben bestehen.

11.2 Nichtanzeige einer Anschriften- oder Namensänderung

Änderungen Ihrer Anschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als erhalten, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

11.3 Nichtanzeige der Verlegung der gewerblichen Niederlassung

Haben Sie die Versicherung unter der Anschrift Ihres Gewerbebetriebs abgeschlossen, findet bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung Ziffer 11.2 entsprechend Anwendung.

12. Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

Ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag verjährt in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem ein Anspruch entstanden ist.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung nicht mit, soweit dieser Zeitraum nach Beginn der Verjährung liegt.

Im Übrigen bleiben die Nachhaftungsfristen unberührt. Werden Nachhaftungsfristen vereinbart, besteht Versicherungsschutz für solche Versicherungsfälle weiter, die während der Wirksamkeit der Versicherung eingetreten sind, aber zum Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsverhältnisses noch nicht festgestellt sind.

13. Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

13.1 Klagen gegen uns oder Versicherungsvermittler

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns oder den Versicherungsvermittler sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Sitz, den Sitz Ihrer Niederlassung oder Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

13.2 Klagen gegen Sie

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz, dem Sitz der Niederlassung oder Ihrem Wohnsitz; fehlt ein solcher, nach Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt.

Ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unser für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Haben Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach Absatz 1 und Absatz 2 entsprechende Anwendung.

14. Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

15. Welche Schlussbestimmung gilt für Ihren Vertrag?

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

Hinweise zum Datenschutz

Informationsblatt Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G. Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 8234 USt-IdNr. DE 122 808 997	**DEVK Allgemeine Versicherungs-AG** Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 7935 USt-IdNr. DE 811 201 404

Sie erreichen uns unter folgender Adresse:

DEVK Versicherungen
Riehler Straße 190
50735 Köln
Telefon 0800 4-757-757 (gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz) – 24-Stunden-Hotline
E-Mail: info@devk.de
Internet: www.devk.de

Unsere **Datenschutzbeauftragte** erreichen Sie per Post unter o. g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragte“, per E-Mail unter datenschutz@devk.de oder über das Kontaktformular auf unserer Internetseite unter www.devk.de/datenschutz.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (CoC) verpflichtet. Diese präzisieren die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft und erhöhen zugleich die Transparenz der Datenverarbeitung. Die Regeln können Sie im Internet unter www.devk.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Leistung ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit den DEVK Versicherungen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, einer Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Lebensversicherung) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der DEVK Versicherungen und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie der DEVK Versicherungen insgesamt;
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit von der Besurance HIS GmbH (Daimlerring 4, 65205 Wiesbaden, www.besurance-his.de) betrieben wird. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- und Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Hierfür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z. B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabatts in der Kfz-Versicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten wirtschaftlichen Interessen notwendig ist, fragen wir Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Wir arbeiten zurzeit mit den Auskunfteien „infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden“ und „Creditreform Düsseldorf/Neuss Roumen, Waterkamp & Coll. KG, Heesenstraße 65, 40549 Düsseldorf“ zusammen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir gegebenenfalls vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie gegebenenfalls von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir gegebenenfalls auch vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den zuvor beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirken des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung dieser Entscheidung.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Empfänger und Empfängerkategorien von personenbezogenen Daten

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste unter www.devk.de/datenschutz oder im Anhang des Antrags finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an den Sie betreuenden Vermittler, soweit dieser die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Externe Dienstleister

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie z. B. Teile der Leistungsprüfung oder gegebenenfalls die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß für uns personenbezogene Daten verarbeiten unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die gültige Liste ist dem jeweiligen Antrag beigefügt. Sie kann auch im Internet unter www.devk.de/datenschutz eingesehen oder bei den DEVK Versicherungen, Zentrale Kundenbetreuung, Riehler Straße 190, 50735 Köln, E-Mail: info@devk.de schriftlich angefordert werden. Zu diesen externen Dienstleistern gehören u. a. Gutachter, Sachverständige, Assistance-Dienstleister, Aktenvernichter und Anbieter von IT-Services.

Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherungen ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwer einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendigen Umfang. Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) werden Sie durch uns unterrichtet.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus kann es erforderlich sein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Strafverfolgungsbehörden).

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die o. g. Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unsere Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Darüber hinaus speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO) und dem Geldwäschegesetz (GWG). Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Gemäß den Artikeln 15 bis 22 DSGVO haben Sie bezüglich der Verarbeitung Ihrer Daten bestimmte Rechte.

Auskunftsrecht, Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen (Art. 15). Außerdem haben Sie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format (Art. 20).

Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung, die Löschung oder die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen (Art. 16 bis 18).

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung jederzeit formlos zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs bleibt die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung rechtmäßig.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die o. g. Datenschutzbeauftragte oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Informationen zur Besurance HIS GmbH im Sinne des Art. 13 und 14 DSGVO

Zwecke der Datenverarbeitung der Besurance HIS GmbH

Die Besurance HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das „Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft“ (HIS). Sie verarbeitet darin personenbezogene Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und -schäden zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Versicherungsschadens bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

Die Besurance HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im HIS Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können und übermittelt diese ggf. an anfragende Versicherungsunternehmen. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.besurance-his.de

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die Besurance HIS GmbH verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die Besurance HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrages oder über die Regulierung von Schäden. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

Herkunft der Daten der Besurance HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage werden von der Besurance HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung, über die Sie gegebenenfalls von dem Versicherungsunternehmen gesondert informiert werden, speichert die Besurance HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwernissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein. Zu Fahrzeugen sind ggf. z. B. Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung gespeichert. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

Für die Speicherfristen bei HIS-Einmeldungen gilt:

- Dauer der Datenspeicherung
  - Die Besurance HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit.
  - Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

- Für HIS-Einmeldungen gelten folgende Speicherfristen:
  - Personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen 10 Jahre.
  - Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Art. 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der Besurance HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die Besurance HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die Besurance HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die Besurance HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sogenannte Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die Besurance HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die Besurance HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre
- Ggf. FIN des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I. oder II. zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, dass das Eigentum belegt (z. B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

Wenn Sie eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der Besurance HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: www.besurance-his.de/selbstauskunft/ bei der Besurance HIS GmbH beantragen.

Kontaktdaten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

Besurance HIS GmbH
Daimlerring 4
65205 Wiesbaden
Telefon: 0151 / 506 918 44

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der Besurance HIS GmbH ist zudem unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar: his-datenschutz@besurance-his.de.

Information gem. Art. 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD")

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o. a. Anschrift, Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD
Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrags vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD
Die ICD ist ein Auskunfteiunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f EU-DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z. B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrags).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD
Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseintragungen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD
Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD
Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z. B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD
Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) EU-DSGVO notwendig ist.
Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschfristen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband „Die Wirtschaftsauskunfteien e.V." zusammengeschlossenen Auskunfteiunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, solange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 - 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrags mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD
Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 EU-DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 EU-DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 EU-DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 EU-DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde – Der Landesdatenschutzbeauftragte für

den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart – zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der EU-DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 EU-DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen:

Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter:
https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 EU-DSGVO (z. B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der EU-DSGVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 EU-DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z. B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

Information nach Art. 14 EU-DSGVO der EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH (nachfolgend auch EURO-PRO genannt)

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH, Lindenhof 1-3, 61279 Grävenwiesbach, Tel.: +49 (0)6086/ 3988-0.
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH ist unter der o. g. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@europro.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die EURO-PRO

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der EURO-PRO oder einem Dritten verfolgt werden

Die EURO-PRO verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern im Rahmen einer Anschriftenermittlung neue und aktualisierte Anschriften sowie eine Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte übermittelt. EURO-PRO stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere der Forderungsausfall. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Identitätsprüfung, Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Altersprüfung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die EURO-PRO gemäß Art. 14 Abs. 4 DSGVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die EURO-PRO verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegt.

2.3 Herkunft der Daten

Die Daten, die die EURO-PRO verarbeitet, bezieht sie aus externen Datenquellen, wie z. B. öffentlichen und nicht öffentlichen Verzeichnissen, amtlichen Bekanntmachungen, Einwohnermeldeämtern, sowie Kooperationspartnern. Vertragspartner der EURO-PRO sind im Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz ansässige Unternehmen. Hierzu arbeitet EURO-PRO u. a. mit I.C.M. International Claim-Management GmbH, Zur Fahn 3, 61276 Weilrod, zusammen. Nähere Informationen zur Tätigkeit der I.C.M. können deren Informationsblatt entnommen oder online unter https://www.icmonline.de/icm_datenschutz.html eingesehen werden. Darüber hinaus verarbeitet die EURO-PRO Informationen, die sie von der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstr. 244, 80807 München erhält (www.crifbuergel.de/de/datenschutz). Ferner verarbeitet sie Informationen aus Zustellprüfungen sowie weiteren allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Einwohnermeldeämter). Quellen sind dann allgemein zugänglich, wenn sie technisch geeignet und bestimmt sind, der Allgemeinheit Informationen zu verschaffen (BVerfGE 27, 71, 83; BVerfGE 103, 44, 60). Hierunter fallen beispielsweise alle Daten aus frei zugänglichen Medien wie Rundfunk, Fernsehen und Hörfunk, Zeitungen und Zeitschriften, Büchern, Internet, Informationen aus Ausstellungen, Messen und Vorträgen aber auch voraussetzungslos zugängliche private und hoheitliche Register. Zudem speichert EURO-PRO die personenbezogenen Daten, die Sie bei einem Antrag auf eine Datenkopie nach Art. 15 DSGVO stellen.

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

- Personendaten, z. B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften, gesetzliche Vertreter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, E-Mail-Adresse, Tefonnummer;
- Bonitätsdaten (Forderungen, Einträge ins Schuldnerregister, Insolvenzdaten, Scorewerte)
  Ermittlung des Arbeitgebers oder Leistungsträgern, Telefonnummern, Kraftfahrzeugdaten;
- Informationen aus amtlichen Bekanntmachungen und öffentlichen Verzeichnissen.

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind Vertragspartner aus den Bereichen Handel, Dienstleistung, Energieversorgung, Telekommunikation, Versicherung oder Inkasso sowie Kreditinstitute, Finanz- und Zahlungsdienstleister und weitere Vertragspartner. Die Übermittlung von Daten in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes erfolgt gemäß den Anforderungen der Europäischen Kommission. Ggfs. Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Bonitätsabfrage oder Adressermittlung an die CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstr. 244, 80807 München (CRIF Bürgel). Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen ist Art 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO. Die CRIF Bürgel GmbH verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch, um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Bonitäts- oder Adressinformationen von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der CRIF Bürgel GmbH können dem CRIF Bürgel Informationsblatt nach Art. 14 DSGVO entnommen oder unter www.crifbuergel.de/de/datenschutz eingesehen werden. Weitere Empfänger können die I.C.M. International Claim-Management GmbH, Zur Fahn 3, 61276 Weilrod (https://www.icmonline.de/icm_datenschutz.html) sowie weitere Auftragnehmer der EURO-PRO nach Art. 28 DSGVO sein.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die EURO-PRO speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre auf den Tag genau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z. B. gelöscht:

- Personenbezogene Informationen bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit, der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

- Kraftfahrzeugdaten bleiben taggenau ein Jahr gespeichert.
- Die Daten aus unserer Arbeitgeberermittlung bleiben taggenau ein Jahr gespeichert.
- Bonitätsdaten und Scorewerte werden zum Zwecke der Einsichtnahme unserer Vertragspartner 90 Tage für diese aufbewahrt und danach taggenau gelöscht.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der EURO-PRO das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für EURO-PRO zuständige Aufsichtsbehörde (Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationssicherheit), zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben (z. B. Aufenthalt im Frauenhaus), widersprochen werden. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an die EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH, Lindenhof 1 - 3, 61279 Grävenwiesbach.

4. Profilbildung (Scoring)

Vor Geschäften mit einem wirtschaftlichen Risiko möchten Geschäftspartner möglichst gut einschätzen können, ob den eingegangenen Zahlungsverpflichtungen nachgekommen werden kann. Die EURO-PRO berechnet Scorewerte nicht selbst, sondern bezieht diese von der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstr. 244, 80807 München, Tel.: +49 (0)40 89803-0.

Satzung (C) – Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn“

– Auszug aus der Satzung der „DEVK Allgemeine Versicherungs-AG“

Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G. Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn"

§ 2

Wesen und Zweck des Vereins

1. Der Verein ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Er ist eine Selbsthilfeeinrichtung der Eisenbahner und von der Deutschen Bahn AG sowie dem Bundeseisenbahnvermögen als betriebliche Sozialeinrichtung anerkannt.

2. Der Verein bezweckt

   a) die Versicherung des Gutes seiner Mitglieder gegen Feuer- einschl. Blitzschlag- und Explosions-, gegen Einbruchdiebstahls- und Beraubungs-, Leitungswasser-, Sturm-, Glasbruch- und Transportschäden,

   b) die Versicherung seiner Mitglieder gegen Unfall- und Haftpflichtschäden,

   c) die Kraftfahrtversicherung, die Kraftfahrt-Strafrechtsschutzversicherung sowie die Kraftfahrt-Pannenversicherung seiner Mitglieder,

   d) die Versicherung seiner Mitglieder gegen verschiedene finanzielle Verluste,

   e) die Technische Versicherung sowie die sonstige Schadenversicherung seiner Mitglieder,

   f) die Auslandsreisekrankenversicherung seiner Mitglieder nach den Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die einzelnen Versicherungsarten,

   g) die Vermittlung von Versicherungen in den vom Verein selbst nicht betriebenen Versicherungszweigen; in den selbst betriebenen Versicherungszweigen nur in Bezug auf die nach § 5 der Satzung nicht versicherbaren Personen.

3. Mit Genehmigung der Versicherungsaufsichtsbehörde kann der Geschäftsbetrieb auf andere Versicherungszweige ausgedehnt werden.

4. Der Verein kann Rückversicherung nehmen und gewähren. Durch die Gewährung von Rückversicherung wird eine Mitgliedschaft zum Verein gemäß § 5 nicht begründet. Der Umfang des Rückversicherungsgeschäfts darf 10 % des Umfangs der Mitgliederversicherung nicht übersteigen.

5. Der Verein kann als Vermittler von Bausparverträgen und Investmentfonds-Anteilen tätig werden, soweit § 15 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) nicht entgegensteht.

§ 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 Eisenbahninfrastrukturunternehmens bzw. eines Eisenbahnverkehrsunternehmens oder eines Unternehmens des öffentlichen Personennahverkehrs steht sowie Mitarbeiter von Unternehmen, die mehrheitlich Anteile an einem Eisenbahninfrastrukturunternehmen bzw. an einem Eisenbahnverkehrsunternehmen oder einem Unternehmen des öffentlichen Personennahverkehrs halten,

   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 gemäß §§ 13, 14, 15 des Gesetzes zur Zusammenführung und Neugliederung der Bundeseisenbahnen,

   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 bestellen, erstellen, sofern die Mitarbeiter vom Vorstand allgemein oder im Einzelfall für die Mitgliedschaft zugelassen sind,

   Mitarbeiter des Bundesministeriums für Verkehr sowie Mitarbeiter der Verkehrsministerien der Bundesländer und ihrer nachgeordneten Behörden sowie Mitarbeiter solcher Gesellschaften, an denen die Bundesrepublik Deutschland bzw. die deutschen

Bundesländer mehrheitlich beteiligt sind und die in die Ressortzuständigkeit des Bundesministeriums für Verkehr bzw. in die Zuständigkeit der Verkehrsministerien der Bundesländer fallen.

Vorstehendes gilt auch für Ehegatten und Lebenspartner der unter lit. a) genannten Mitglieder mit gemeinsamer Haushaltsführung sowie für deren Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit gemeinsamer Haushaltsführung und für deren Verwandte 1. Grades. Ferner auch für nicht mehr aktive Mitarbeiter, sofern sie Versorgungsbezüge bzw. Rentenleistungen erhalten und deren versorgungs-/rentenberechtigte 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 Überschuss–verteilung 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 drei 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.

Fassung vom 29. Mai 2026

Auszug aus der Satzung der
„DEVK Allgemeine Versicherungs-AG"

§ 2
Gegenstand des Unternehmens

1. Gegenstand des Unternehmens ist der Betrieb

a) der Sachversicherung,

b) der Haftpflichtversicherung,

c) der Unfallversicherung,

d) der Kraftfahrtversicherung,

e) der Kraftfahrt-Strafrechtsschutzversicherung,

f) der Kraftfahrt-Pannenversicherung,

g) der Transportversicherung,

h) der Rückversicherung,

i) der sonstigen Schadenversicherung,

j) der Versicherung gegen verschiedene finanzielle Verluste,

k) der Auslandsreise-Krankenversicherung, sowie

l) der Kautionsversicherung

m) der nichtsubstitutiven Krankenversicherung.

2. Die Gesellschaft kann als Vermittler von Versicherungs-, Bauspar- und Investmentverträgen tätig werden, soweit § 15 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) nicht entgegensteht.

3. Ferner ist es der Gesellschaft gestattet, die Geschäfte anderer Versicherungsunternehmen weiterzuführen, Bestände zu übernehmen und sich an anderen mit ihrem Geschäftsbetrieb in wirtschaftlichem Zusammenhang stehenden Unternehmen zu beteiligen.

Fassung vom 11. Mai 2023