Kundeninformation
zur Unfallversicherung – Junior Plus –

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

41071/09/2026

Inhaltsverzeichnis Seite

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

Erläuterungen und Hinweise **6 - 8**

IPID Informationsblatt zur Unfallversicherung **9 - 10**

Teil A –Versicherungsbedingungen für die DEVK Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus – (AKiUB 2021 Fassung DEVK Stand 01.08.2021) **11 - 22**

Allgemeiner Teil (B) **23 - 29**

Hinweise zum Datenschutz **30 - 38**

Satzung (C) **39 - 40**
Auszüge aus den Satzungen der DEVK Versicherungen

Wer sind die Vertragspartner?

- Ihr Vertragspartner ergibt sich aus dem 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 Antragsstellung als Kopie zusammen mit dieser Kundeninformation erhalten. Sollten Sie bei uns mehrere Versicherungen beantragt haben, werden die einzelnen Beiträge im Antrag und Versicherungsschein einzeln ausgewiesen. Die im Antrag und Versicherungsschein genannten Beiträge enthalten die 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 zugrundeliegen, 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 Infpormation 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 Streitigkeitsverfahren in Anspruch nehmen. Vorraussetzung 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 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 „Erweiterte Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus –“ kann erst ab dem vollendeten 1. Lebensjahr abgeschlossen werden. Der Junior Plus Vertrag endet ohne Kündigung zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Wer kann keine private Unfallversicherung bei uns abschließen?

Nach Ziffer 6 aus Teil A 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. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem Maße der Hilfe 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 bzw. nicht versichert werden?

Personen, die an Vorerkrankungen/Behinderungen leiden, können u. U. nur eingeschränkt oder nicht 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. Eine Invaliditätsleistung muss 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 oder einer Krankheit 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 3.1.2.2.1 aus Teil A. Sofern Körperfunktionen dort nicht aufgeführt sind, richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades ausschließlich unter Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte.

Erweiterung der Invaliditätsleistung

– Mehrleistung ab 90 Prozent Invalidität
  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 oder Krankheit auf 200.000 Euro für alle bei uns bestehenden Unfallversicherungen begrenzt.

- **Unfallkrankenhaustagegeld mit Genesungsgeld und Rooming-in-Leistung**

  Ist nach einem Unfall eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus notwendig, zahlen wir für jeden Tag des Aufenthalts dort das vereinbarte Krankenhaustagegeld – längstens für zwei Jahre. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zahlen wir für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die auch Krankenhaustagegeld geleistet wurde – längstens jedoch für 100 Tage – Genesungsgeld.
  Wir verdoppeln das Unfallkrankenhaustagegeld für höchstens 50 Übernachtungen, sofern Ihr versichertes Kind sich wegen eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil mit im Krankenhaus übernachtet.

- **Todesfallleistung**

  Stirbt das versicherte Kind innerhalb eines Jahres an den Unfall- oder Krankheitsfolgen, zahlen wir die vereinbarte Todesfallleistung.

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 7 aus Teil A 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 Deckungsumfang des gewählten Tarifs.

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 mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit - Junior Plus entfällt eine Prämiendifferenzierungen 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?

Bei Kindern, die das Leben noch vor sich haben, ist eine Grundsumme von zumindest 100.000 Euro erforderlich, sodass bei Vollinvalidität 200.000 Euro geleistet würden. Da die Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) vollkommen unzureichend sind, ist es wichtig eine Kinder-Unfallversicherung abzuschließen. Denn, beträgt der Grad der Behinderung (GdB) weniger als 20 Prozent, erbringt die GUV keine Leistung. Abgesichert ist das Kind außerdem nur in der Schule oder im Kindergarten, sowie auf dem Weg hin und zurück.

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 Tod des Versicherungsnehmers, folgendes Bezugsrecht:
1. Der überlebende Ehegatte des Versicherungsnehmers, 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 3 aus Teil A.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

Invaliditätsleistung

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfall- oder krankheitsbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder der Krankheit eingetreten, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall oder die Krankheit zuvor bereits gemeldet haben.

(Ziffer 3.1 aus Teil A)

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.

Wichtige Fristen, die Sie beachten müssen für die

Versicherungsbedingungen für die DEVK Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus (Ziffer 3 aus Teil A)

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 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 oder der Krankheit, 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 Teil A).

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 – Junior Plus

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 Kinder-Unfallversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen:

- Versicherungsantrag
- Versicherungsschein
- Versicherungsbedingungen für die DEVK Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Wir bieten Ihnen eine Kinder-Unfallversicherung an. Diese sichert Ihre Kinder gegen Risiken durch Unfallverletzungen und Krankheiten ab, bei denen eine Invalidität verbleibt.

Was ist versichert?

✔ Versichert sind Unfälle und Krankheiten. 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)

✔ Unfallkrankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen wegen des Unfalls

✔ Todesfallleistung bei unfall- oder krankheitsbedingten Tod innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder der Krankheit

✔ Kostenersatz wegen Such-, Bergungs- und Rettungseinsätzen, Kurkostenbeihilfe, Sofortleistung bei Schwerverletzungen bei einem Unfall

✔ Kostenersatz für kosmetische Operationen, Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten nach einem Unfall

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

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

Was ist nicht versichert?

✘ Unfälle und Krankheiten bei Teilnahme am Motorsport oder Sport gegen Entgelt

✘ Unfälle und Krankheiten durch Kernenergie

✘ Kosten der ärztlichen Heilbehandlung

✘ Sachschäden (z. B. für Brille oder 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:

! Unfälle und Krankheit durch Bewusstseinsstörungen durch Alkohol oder Drogen

! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat

! Bei krankheitsbedingter Invaliditätsgrad zahlen wir erst ab einem Invaliditätsgrad von 25 Prozent.

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

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 Arbeitgeberwechsel vornehmen, damit wir den Vertrag ggf. anpassen können.
- Nach dem Unfall oder der Krankheit suchen Sie bitte einen Arzt auf und informieren uns über den Unfall oder die Krankheit.

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.

Für das versicherte Kind endet der Versicherungsschutz, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ende des Jahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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.

Inhalt

		Seite
1.	**Welche Personen können versichert werden?**	**12**
2.	**Was ist versichert?**	**12 - 13**
2.1	Grundsatz	12
2.2	Geltungsbereich	12
2.3	Unfallbegriff	12
2.4	Erweiterter Unfallbegriff	12
2.5	Krankheitsbegriff	12
2.6	Einschränkungen unserer Leistungspflicht	13
3.	**Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstige Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?**	**13 - 15**
3.1	Invaliditätsleistung	13 - 15
3.2	Unfallkrankenhaustagegeld bei Unfall (sofern vereinbart)	15
3.3	Rooming-in-Leistung bei Unfall (sofern Unfallkrankenhaustagegeld vereinbart ist)	15
3.4	Genesungsgeld bei Unfall (sofern vereinbart)	15
3.5	Todesfallleistung (sofern vereinbart)	15
4.	**Welche Leistungen erbringen wir zusätzlich nach einem Unfall?**	**16 - 18**
4.1	Such-, Rettungs-, Bergungskosten-, Transport- und Rückreisemehrkosten	16
4.2	Kosmetische Operationen	16
4.3	Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten	17
4.4	Kurkostenbeihilfe	17
4.5	Sofortleistung bei Schwerverletzungen	17 - 18
4.6	Kinderbetreuungsgeld	18
5.	**Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?**	**18**
6.	**Welche Personen können nicht versichert werden**	**18 - 19**
6.1	Nicht versicherbare Personen	18
6.2	Ende der Versicherung	19
6.3	Rückzahlung des Beitrages	19
7.	**In welchen Fällen haben Sie keinen Versicherungsschutz?**	**19 - 21**
7.1	Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind	19 - 20
7.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden als Folge von Unfällen	20
7.3	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden als Folge von Krankheiten	21
8.	**Wann sind unsere Leistungen fällig?**	**21**
8.1	Erklärung über unsere Leistungspflicht	21
8.2	Fälligkeit unserer Leistung	21
8.3	Vorschüsse	21
8.4	Neubemessung der Invalidität	21
9.	**Werden Versicherungssummen und Beiträge planmäßig erhöht?**	**22**
9.1	Dynamik	22
9.2	Widerruf und Widerspruch der Dynamik	22
10.	**Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**	**22**
10.1	Fremdversicherung	22
10.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	22
11.	**Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor? Welche Rechte haben Sie bei einer Beitragsanpassung?**	**22**
11.1	Anpassung des Beitrages/Beitragssatz	22
11.2	Kündigungsrecht nach Beitragserhöhung	22

1. Welche Personen können versichert werden?

1.1 Die Versicherung wird zugunsten des versicherten Kindes abgeschlossen.

1.2 Versichert werden können Personen, die das 1. Lebensjahr vollendet haben. Das Höchstalter für die Aufnahme in die Versicherung ist das 17. Lebensjahr.

Die Versicherung endet spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2. Was ist versichert?

2.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen und Krankheiten des versicherten Kindes.

2.2 Geltungsbereich

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

2.3 Unfallbegriff

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

erleidet.

Als unfreiwillig erlitten gelten auch Gesundheitsschädigungen, die das versicherte Kind bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleidet.

2.4 Erweiterter Unfallbegriff

2.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich das versicherte Kind durch eine erhöhte Kraftanstrengung
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
  Beispiel: Das versicherte Kind 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: Das versicherte Kind 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 des versicherten Kindes.

2.4.2 Vergiftungen

Als Unfall gilt auch eine Vergiftung
- infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren.

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

Der Einschluss umfasst keine
- vergiftungsbedingte Berufs- und Gewerbekrankheiten.

2.4.3 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

2.4.4 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.

2.5 Krankheitsbegriff

2.5.1 Als Krankheit gilt eine durch äußere oder innere Ursachen bedingte dauerhafte organische Störung der normalen körperlichen und psychischen Funktionen.

Nicht hierunter fallen affektive und funktionelle Störungen.
Beispiel: Krankheiten und Beschwerden, die nicht auf eine organische Ursache zurückzuführen sind.

Als Krankheit gelten auch Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen, Strahlen, Impfungen und ärztliche Kunstfehler.

2.5.2 Mitversichert ist eine Krankheit nach dieser Definition ausschließlich bei den Leistungsarten Invalidität (Ziffer 3.1) und Todesfall (Ziffer 3.5).

2.6 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 5), zur Vorinvalidität (Ziffer 3.1.2.2.3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 7).

3. 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 gültigen 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.

3.1 Invaliditätsleistung

3.1.1 Voraussetzung für die Leistung

3.1.1.1 Invalidität

Das versicherte Kind hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn durch einen Unfall oder eine Krankheit
- 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 Zustandes nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn das versicherte Kind einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

Bitte beachten Sie auch die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen in Ziffer 5 und die Regelungen zur Vorinvalidität in Ziffer 3.1.2.2.3.

Bei Krankheit muss dieser Invaliditätsgrad mindestens 25 Prozent betragen.

3.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall oder der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit
- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

3.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität des versicherten Kindes innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall oder der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit 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.

3.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei unfall- oder krankheitsbedingtem Tod im ersten Jahr

Stirbt das versicherte Kind unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 3.5), sofern diese vereinbart ist.

3.1.2 Art und Höhe der Leistung

3.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfall- oder krankheitsbedingte Invaliditätsgrad.

Bei krankheitsbedingter Invalidität leisten wir ab einer Invalidität von 25 Prozent. Dann besteht der Anspruch auch für die ersten 24 Prozent der Invalidität.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfall- oder krankheitsbedingten Invaliditätsgrad von 30 Prozent zahlen wir 30.000 Euro.

3.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich
- nach der Gliedertaxe (Ziffer 3.1.2.2.1) sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Würdigung verletzungs- oder krankheitsbedingter organischer (auch hirnorganischer) Schädigungen dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 3.1.2.2.2).

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

3.1.2.2.1 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 Prozent.

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 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7,5 Prozent (= ein Zehntel von 75 Prozent).

3.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Würdigung verletzungs- oder krankheitsbedingter organischer (auch hirnorganischer) Schädigungen insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

3.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall oder der Krankheit dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 3.1.2.2.1 und Ziffer 3.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

3.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer körperlichen oder geistigen Funktionen

Durch einen Unfall oder eine Krankheit 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 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 110 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

3.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod des versicherten Kindes

Stirbt das versicherte Kind vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
- Das versicherte Kind ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 3.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 3.1.1 sind erfüllt.

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

Stirbt das versicherte Kind später als ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach Ziffer 3.1.1 entstanden, ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

3.1.2.4 Mehrleistung bei einem unfall- oder krankheitsbedingten Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

3.1.2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind hat ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis oder eine Krankheit erlitten und dieses hat ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 5) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 3.1.2 von mindestens 90 Prozent geführt.

3.1.2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen Ihnen die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung ist für das versicherte Kind auf höchstens 200.000 Euro begrenzt.

Bestehen bei uns für das versicherte Kind weitere Unfallversicherungen/-verträge gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

3.2 Unfallkrankenhaustagegeld bei Unfall (sofern vereinbart)

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind
- 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 Heilbahndlung.

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

3.2.2 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.
- für fünf Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 3.4 besteht in diesem Fall nicht.

3.3 Rooming-in-Leistung bei Unfall (sofern Unfallkrankenhaustagegeld vereinbart ist)

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ihr versichertes 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).

3.3.2 Art und Höhe der Leistung

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

3.4 Genesungsgeld bei Unfall (sofern vereinbart)

3.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

3.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

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 Unfallkrankenhaustagegelds.

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

3.5 Todesfallleistung (sofern vereinbart)

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind stirbt unfallbedingt oder aufgrund der Krankheit innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 9.1 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung).

Verletzen Sie diese Obliegenheit, so gelten die Ziffern 9.2 und 9.3 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten).

3.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

4. Welche Leistungen erbringen wir zusätzlich nach einem Unfall?

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

4.1.1 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 Sie für solche Kosten einzustehen haben, obwohl Ihr versichertes Kind kein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erlitten hat, ein solches aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

4.1.2 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.

4.1.3 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 haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

4.2 Kosmetische Operationen

4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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.

4.2.2 Fristen

Die kosmetische Operation muss bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Ist die kosmetische Operation nicht innerhalb dieser Frist erfolgt, ersetzen wir die entstandenen Kosten dennoch, wenn
- das versicherte Kind bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die kosmetische Operation vor Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt wird.

4.2.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehende Kosten (ausgenommen Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten) für
- Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

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

Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für
- Nahrungs- und Genussmittel
- Bade- und Erholungsreisen sowie
- Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Bestehen bei uns für das versicherte Kind weitere Unfallversicherungen/-verträge, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen nach einem Unfall nur aus einer dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge verlangt werden.

4.2.4 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 haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

4.3 Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

4.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind hat ein unter diesen Versicherungsvertrag fallendes Unfallereignis erlitten und aufgrund dessen sind natürliche Schneide- oder Eckzähne beschädigt oder verloren gegangen.

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.

4.3.2 Fristen

Der Anspruch auf Zahlung von Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten erlischt mit Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet. Ist 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.

4.3.3 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 Euro.

Bestehen bei uns für das versicherte Kind weitere Unfallversicherungen/-verträge, können mitversicherte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten nach einem Unfall nur aus einer dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge verlangt werden.

4.3.4 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 haben bei einer eventuellen Geltendmachung eines Regressanspruchs mitzuwirken.

4.4 Kurkostenbeihilfe

4.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind 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.

4.4.2 Fristen

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

4.4.3 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 bei uns für das versicherte Kind weitere Unfallversicherungen/-verträge, kann eine Kurkostenbeihilfe nur aus einer dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge verlangt werden.

4.4.4 Kein Anspruch auf Unfallkrankenhaustagegeld/Genesungsgeld

Sie haben keinen Anspruch auf Zahlung des Unfallkrankenhaustagegeld und Genesungsgeld (Ziffer 3.2 und 3.4), wenn wir die Kurkostenbeihilfe zahlen.

4.5 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

4.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind 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.
  - o Bruch beider Fersenbeine,
  - o gewebezerstörenden 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.

4.5.2 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.

4.5.3 Art und Höhe der Leistung

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

Bestehen bei uns für das versicherte Kind weitere Unfallversicherungen/-verträge, kann die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einer dieser Versicherungen oder einem dieser Verträge verlangt werden.

4.6. Kinderbetreuungsgeld

4.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte 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.

4.6.2 Nachweise und Fristen

Ein Anspruch auf Zahlung des Kinderbetreuungsgeldes besteht nicht mehr,
- nach Ablauf von zwei Jahren, vom Unfalltage 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.

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

4.7 Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers

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 Krieg- 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 versichterte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

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

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 der Leistungsart Invaliditätsleistung der Prozentsatz des Invaliditätsgrades.
- 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.

6. Welche Personen können nicht versichert werden?

6.1 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
- dauernd pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 1 - 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.

6.2 Ende der Versicherung

Besteht nach Ziffer 6.1 keine Versicherbarkeit, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Versicherung für die versicherte Person.

6.3 Rückzahlung des Beitrages

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

7. Was ist nicht versichert?

7.1 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

7.1.1 Bewusstseinsstörungen

Unfälle und Krankheiten des versicherten Kindes durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Geisteskrankheit, Schwachsinn, Psychosen, Neurosen, psychische Reaktionen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des versicherten Kindes ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn das versicherte Kind in seiner Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass es 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:
Das versicherte Kind
- *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 2.3 oder durch eine Krankheit nach Ziffer 2.5 verursacht, für die nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Das versicherte Kind 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.

7.1.2 Straftaten

Unfälle und Krankheiten, die dem versicherten Kind dadurch zustoßen, dass es vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

7.1.3 Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse

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

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

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 10. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich das versicherte Kind 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.

7.1.4 Luftfahrt

Unfälle und Krankheiten des versicherten Kindes
- als Führer eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgeräts, soweit es 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

7.1.5 Sport gegen Entgelt

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

7.1.6 Motorsport und Beteiligung an Rennfahrten

Unfälle und Krankheiten des versicherten Kindes
- 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.

7.1.7 Kernenergie

Unfälle und Krankheiten, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

7.1.8 Vorsätzliche widerrechtliche Handlungen

Unfälle und Krankheiten des versicherten Kindes, welche Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter durch vorsätzliche widerrechtliche Handlungen verursacht haben.

7.1.9 Konsum von Alkohol, Drogen und anderen sucht- und rauscherzeugenden Stoffen

Unfälle und Krankheiten des versicherten Kindes durch den Konsum von
- Alkohol,
- Drogen,
- andere sucht- oder rauscherzeugender Stoffe und
- nicht ärztlich verordneter Gebrauch von Medikamenten.

Ausnahme:
Das versicherte Kind hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet.
Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht:
- Bei Vergiftungen durch Lebensmittel

In diesem Fall gilt der Ausschluss

7.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden als Folge von Unfällen

7.2.1 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

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

sofern diese sich als ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis darstellen.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

7.2.2 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper des versicherten Kindes.

Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische Maßnahmen, sind durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt und
- durch einen unter diesen Vertrag fallenden Versicherungsfall veranlasst oder
- für die Folgen besteht Versicherungsschutz nach den Bestimmungen dieses Vertrags.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Das versicherte Kind erleidet einen Unfall und die Unfallverletzung wird ärztlich behandelt. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

7.3 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden als Folge von Krankheiten

7.3.1 Vor Vertragsbeginn festgestellte Krankheiten, Behinderungen, Geburtsschäden oder Anomalien

Krankheiten, Behinderungen, Geburtsschäden oder sonstige Anomalien, die bereits vor der Wirksamkeit des Vertrags ärztlich festgestellt waren oder die sich während der Laufzeit des Vertrags verschlimmert oder zu Folgekrankheiten geführt haben.

Ausnahme:
Wir haben diese Krankheiten ausdrücklich durch Aufnahme in den Versicherungsschein mitversichert.

7.3.2 Absichtliche Herbeiführung von Krankheiten

Gesundheitsschäden durch absichtliche Herbeiführung von Krankheiten, absichtliche Selbstverletzung oder Selbsttötung, sowie der Versuch einer solchen Tat.

7.3.3 AIDS

Gesundheitsschäden durch eine erworbene Immunschwächekrankheit (AIDS).

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 beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald wir folgende Unterlagen erhalten haben:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 9.1 aus dem Allgemeinen Teil (B) (Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung).

Verletzen Sie diese Obliegenheit, gelten die Ziffern 9.2 und 9.3 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 Unfallkrankenhaustagegeld bis zu einem Unfallkrankenhaustagegeldsatz,
- bei Kinderbetreuungsgeld bis zu einem Kinderbetreuungsgeldsatz.

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 Gesundheitszustands 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 Jahren nach dem Unfall oder der erstmaligen Feststellung der Krankheit zu. 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 höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 1 Prozent jährlich zu verzinsen.

9. Werden Versicherungssummen und Beiträge planmäßig erhöht?

9.1 Dynamik

Bei Vertragsabschluss vereinbaren Sie mit uns einen Prozentsatz, um den sich die Versicherungssummen 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 3.1)
- Unfallkrankenhaustagegeld auf 1 Euro (Ziffer 3.2)
- Genesungsgeld auf 1 Euro (Ziffer 3.4)
- Todesfallleistung auf 1.000 Euro (Ziffer 3.5)

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle/Krankheiten nach dem Erhöhungstermin. Dies bedeutet, dass die zum Schadenzeitpunkt gültigen Versicherungssummen zugrunde liegen.

9.2 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.

10. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

10.1 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.

10.2 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.

11. Wann nehmen wir eine Beitragsanpassung vor? Welche Rechte haben Sie bei einer Beitragsanpassung?

11.1 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.

11.2 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.

Inhalt

		Seite
1.	**Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?**	**24**
2.	**Was gilt für die Zahlung Ihres ersten oder einmaligen Beitrags?**	**24**
2.1	Fälligkeit Ihres Erst- oder Einmalbeitrags	24
2.2	Unser Rücktrittsrecht bei Zahlungsverzug	24
2.3	Unsere Leistungsfreiheit	24
3.	**Was gilt für die Zahlung Ihres Folgebeitrags?**	**24 - 25**
3.1	Fälligkeit	24
3.2	Verzug und Schadensersatz	24
3.3	Mahnung	24
3.4	Leistungsfreiheit nach Mahnung	24
3.5	Kündigung nach Mahnung	24
3.6	Zahlung Ihres Beitrags nach Kündigung	25
4.	**Was gilt beim Lastschriftverfahren?**	**25**
4.1	Ihre Pflichten	25
4.2	Fehlgeschlagener Lastschrifteinzug	25
5.	**Was geschieht mit Ihrem Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?**	**25**
5.1	Allgemeiner Grundsatz 25	
5.2	Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf, Rücktritt, Anfechtung und fehlendem versicherten Interesse	25
6.	**Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**	**25 - 26**
6.1	Vertragsdauer	25
6.2	Stillschweigende Verlängerung	25
6.3	Vertragsdauer von weniger als einem Jahr	25
6.4	Wegfall des versicherten Risikos 26	
6.5	Besonderes Kündigungsrecht bei ständiger Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland 2	6
7.	**Wie ist Ihr Kündigungsrecht nach einem Versicherungsfall geregelt?**	**26**
7.1	Kündigungsrecht	26
7.2	Ihre Kündigung	26
7.3	Unsere Kündigung	26
8.	**Welche Anzeigepflichten haben Sie oder Ihr Vertreter/Bevollmächtigter bis zum Vertragsschluss?**	**26 - 27**
8.1	Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände	26
8.2	Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht	26 - 27
8.3	Frist und Form für die Ausübung unserer Rechte	27
8.4	Unsere Hinweispflicht	27
8.5	Ausschluss von unseren Rechten	27
8.6	Erlöschen unserer Rechte	27
9.	**Welche Obliegenheiten haben Sie zu erfüllen und welche Folge hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**	**28**
9.1	Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung	28
9.2	Kündigungsrecht bei Obliegenheitsverletzung	28
9.3	Leistungsfreiheit bei Obliegenheitsverletzung	28
10.	**Was ist bei Anzeigen oder Mitteilungen an uns zu beachten?**	**28**
10.1	Zuständige Stelle	28
10.2	Nichtanzeige einer Anschriften- oder Namensänderung	28
10.3	Nichtanzeige der Verlegung der gewerblichen Niederlassung	28
11.	**Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?**	**29**
12.	**Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?**	**29**
12.1	Klagen gegen uns oder Versicherungsvermittler	29
12.2	Klagen gegen Sie	29
13.	**Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?**	**29**
14.	**Welche Schlussbestimmung gilt für Ihren Vertrag?**	**29**

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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, so lange 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.

Haben Sie oder die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz im Ausland, kann der Versicherungsschutz nicht gewährt bzw. der Vertrag nicht fortgeführt werden.

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?

9.1 Ihre Obliegenheiten in der Unfallversicherung

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.

(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 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch oder per E-Mail erfolgen.
Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

9.2 Kündigungsrecht bei Obliegenheitsverletzung

Verletzen Sie oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig eine Obliegenheit, die Sie 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 uns nach, dass Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit weder grob fahrlässig noch vorsätzlich verletzt haben, entfällt unser Kündigungsrecht.

9.3 Leistungsfreiheit bei Obliegenheitsverletzung

9.3.1 Verletzen Sie oder die 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.

9.3.2 Verletzen Sie oder die 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.

9.3.3 Wir bleiben zur Leistung verpflichtet, wenn Sie oder die 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 ist bei Anzeigen oder Mitteilungen an uns zu beachten?

10.1 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.

10.2 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.

10.3 Nichtanzeige der Verlegung der gewerblichen Niederlassung

Haben Sie die Versicherung unter der Anschrift Ihres Gewerbebetriebs abgeschlossen, findet bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung Ziffer 10.2 entsprechend Anwendung.

11. 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.

12. Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

12.1 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.

12.2 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.

13. Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

14. Welche Schlussbestimmung gilt für Ihren Vertrag?

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

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 Sitz des Vereins: Köln Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 8234 USt-IdNr. DE 122 808 997	**DEVK Allgemeine Versicherungs-AG** Sitz der Gesellschaft: Köln 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