

**B. – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung
(AUB 2008 Fassung Stand 2008-01-01)**

§ 1	Der Versicherungsfall	§ 8	Einschränkung der Leistungen
§ 2	Ausschlüsse	§ 9	Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls
§ 3	Nicht versicherbare Personen	§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 3a	Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers	§ 11	Fälligkeit der Leistungen
§ 4	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/ Vertragliche Gestaltungsrechte	§ 12	Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
§ 5	Beiträge, Fälligkeit und Verzug	§ 13	Anzeigen und Willenserklärungen
§ 6	Anzeigepflicht bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst	§ 14	Rentenzahlung bei Invalidität
§ 7	Die Leistungsarten	§ 15	Verjährung
		§ 16	Beitragsanpassung
		§ 17	Gerichtsstände und anzuwendendes Recht
		§ 18	Schlussbestimmung

§ 1

Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- II. Der Versicherungsschutz gilt in der ganzen Welt.
- III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- V. Als Unfall gelten auch Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

§ 2

Ausschlüsse

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

- I. (1) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- (2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind;
- Unfälle durch Aufruhr, innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- (4) Unfälle des Versicherten
- a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs ausübenden beruflichen Tätigkeit
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

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

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

II. (1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen

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

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

(3) Infektionen

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Infektionen durch Insektenstiche oder -bisse bleiben ausgeschlossen.

Nicht als Unfallverletzung gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. Für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.

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

(4) Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse

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

Vergiftungen durch Lebensmittel sind in jedem Falle ausgeschlossen.

III. (1) Bauch- oder Unterleibsbrüche

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

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

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

- IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig wodurch diese verursacht sind.

§ 3

Nicht versicherbare Personen

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen, sowie Geistes- kranke.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- III. Der für dauernd pflegebedürftige Personen, sowie Geistes- kranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versiche- rungsunfähigkeit entrichtete Beitrag, ist zurückzuzahlen.

§ 3a

Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

- I. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertrags- erklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrum- stände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Ver- sicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch ins- soweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragser- klärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Text- form Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzu- schließen.

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

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

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahr- lässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Ver- sicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht ange- zeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

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

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der un- vollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Fest- stellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungs- schutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeige- pflicht arglistig verletzt hat.

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

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

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versi- cherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Ver- trag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

- IV. Rückwirkende Vertragsanpassung
Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Um- stände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versi- cherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versiche- rungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungs- periode Vertragsbestandteil.

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

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

Dem Versicherer stehen die Rechte nach II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mit- teilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtver- letzung hingewiesen hat.

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

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

§ 4

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/ Vertragliche Gestaltungsrechte

- I. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherungs- nehmer den ersten Beitrag nach § 5 rechtzeitig zahlt, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- II. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündi- gung eines der Vertragspartner

- (1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer.

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

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

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

- (3) wenn von dem Versicherer aufgrund eines Versiche- rungsfalles eine Zahlung geleistet wurde oder der Versi- cherer die Leistung der fälligen Entschädigung verwei- gert hat oder der Versicherungsanspruch rechtshängig geworden ist.

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

- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung,
wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft,
sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5

Beiträge, Fälligkeit und Verzug

- I. Erstbeitrag
- (1) Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat. Der erste oder einmalige Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – sofort nach Abschluss des Vertrages, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn, fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung, sowie nach Ablauf der im Versicherungsantrag genannten Widerrufsfrist von 14 Tagen unverzüglich erfolgt.
 - (2) Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags. Die nach dieser Vereinbarung zunächst nicht fälligen Teile des Beitrags sind gestundet. Gerät der Versicherungsnehmer mit einer Rate in Verzug, ist die Stundung aufgehoben.
 - (3) Ist monatliche Zahlungsweise des Gesamtbeitrags (Jahresbeitrags) vereinbart, wird bei der Ratenzahlung ausgehend vom Gesamtbeitrag die Monatsrate ermittelt und auf volle 0,10 Euro aufgerundet. Ist jährliche Zahlungsweise vereinbart, können die Jahresbeiträge auf volle 0,10 Euro aufgerundet werden.
 - (4) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
 - (5) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- II. Folgebeitrag
- (1) Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
 - (2) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
 - (3) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach (4) und (5) mit dem Fristablauf verbunden sind.
 - (4) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach (3) darauf hingewiesen wurde.

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

III. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

- (1) Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.
- (2) Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

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

V. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei vollständigem oder teilweisem Wegfall versicherter Risiken gilt: Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.

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

§ 6

Anzeigespflicht bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- I. Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen.

Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst, sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- II. (1) Ergibt sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an, nur dieser zu zahlen.
- (2) Ergibt sich ein höherer Beitrag, so wird noch für zwei Monate von dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung an Versicherungsschutz nach den bisherigen Versicherungssummen geboten. Tritt nach Ablauf dieser Frist ein Unfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt oder eine Einigung über den Beitrag erzielt worden ist, so vermindern sich die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag.
- (3) a) Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag

kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Das Kündigungsrecht erlischt,

- wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherte von der Änderung Kenntnis erlangt hat, oder
- wenn der Versicherte seine vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

- b) Hat der Versicherungsnehmer die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. Der Versicherer ist zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht nicht auf Vorsatz beruht. Beruht die Verletzung der Anzeigepflicht auf grober Fahrlässigkeit kann der Versicherer den Umfang des Versicherungsschutzes in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.

Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 7

Die Leistungsarten

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

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Invaliditätsleistung (sofern vereinbart)

- (1) Führt der Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf einen Kapitalbetrag aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.

Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalls das 65. Lebensjahr vollendet, so kann nach Wunsch des Versicherungsnehmers der Kapitalbetrag auch als Rente gemäß § 14 erbracht werden.

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

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

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent

Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
-------------------------------------	------------

Hand	55 Prozent
Daumen	20 Prozent
Zeigefinger	10 Prozent
anderer Finger	5 Prozent

Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
---------------------------------------	------------

Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
--------------------------------------	------------

Bein bis unterhalb des Knies	50 Prozent
------------------------------	------------

Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent
---------------------------------------	------------

Fuß	40 Prozent
große Zehe	5 Prozent
andere Zehe	2 Prozent

Auge	50 Prozent
------	------------

Gehör auf einem Ohr	30 Prozent
---------------------	------------

Geruchssinn	10 Prozent
-------------	------------

Geschmackssinn	5 Prozent
----------------	-----------

- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.

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

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

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

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

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

Ia. Unfall-Rente (sofern vereinbart)

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

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

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

* Mehrleistung ist der die vereinbarte monatliche Rente übersteigende Betrag

- (3) Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.
- (4) Der unfallbedingte Invaliditätsgrad bemisst sich ausschließlich nach den Grundsätzen des § 7 I. (2) und (3) AUB. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Für die Unfall-Rente findet § 8 AUB keine Anwendung.
- (5) Besonders vereinbarte Gliedertaxen finden bei der Bemessung des Invaliditätsgrades keine Anwendung. Außerdem bleiben auch vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall, mit Ausnahme von (2) dieser Bedingungen, für die Feststellung der Höhe der Unfall-Rente unberücksichtigt.
- (6) Der Invaliditätsgrad kann gemäß § 11 IV. AUB auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen werden. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.
- (7) In Abänderung von § 14 II. AUB wird die Unfall-Rente rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet.
- (8) Die Unfall-Rente wird monatlich im voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- a) der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach (6) vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent beträgt. Eine Rückforderung der bereits erbrachten Rentenleistungen erfolgt im Falle der Neufestsetzung des Invaliditätsgrades nicht.
 - b) die versicherte Person stirbt. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis ein, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung. Bereits erbrachte Rentenleistungen können nicht zurückgefordert werden.
- (9) Der Versicherer kann einmal im Jahr einen amtlichen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Die mit dem Nachweis verbundenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers. Wird die Lebensbescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- (10) Stirbt der Versicherte
- a) aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall
oder
 - b) gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,
- und war ein Anspruch auf Unfall-Rente entstanden, zahlt der Versicherer die vereinbarte Unfallrente über den Tod des Versicherten hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.
- (11) Die Besonderen Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung (BB Sofortleistung-96), die Besonderen Bedingungen für die beitragsfreie Familienvorsorge-Unfallversicherung (BB Familienvorsorge-96) und die Besonderen Bedingungen für die verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung bei unfallbedingter Dienst- oder Berufsunfähigkeit des Versicherten (BB Dienst-/Berufsunfähigkeit-96) sind bei der Leistungsart Unfall-Rente ausgeschlossen.

II. Übergangsleistung (sofern vereinbart)

Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalls ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruf-

lichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50 Prozent und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht.

Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

III. Tagegeld (sofern vereinbart)

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

IV. Unfall-Krankenhaustagegeld (sofern vereinbart)

- (1) Unfall-Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- (2) Unfall-Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.
- (3) Wird infolge eines versicherten Unfalls zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine ambulante Operation beim Versicherten vorgenommen, so erhält dieser das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld für die Dauer von 5 Tagen. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach V. besteht in diesem Fall nicht.

V. Genesungsgeld (sofern vereinbart)

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

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

des Unfall-Krankenhaustagegeldes.

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

VI. Todesfalleistung (sofern vereinbart)

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

Werden beide bei der DEVK unfallversicherten Elternteile durch ein versichertes Unfallereignis tödlich verletzt und hat mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppelt sich die Todesfalleistung der Eltern, höchstens jedoch auf insgesamt 40.000 Euro. Bestehen bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

Zur Geltendmachung wird auf § 9 VII. verwiesen.

§ 8

Einschränkung der Leistungen

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

§ 9

Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls

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

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

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

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

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

§ 11

Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen, sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens

beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt.

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

bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe, bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,

bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,

bei Unfall-Krankenhaustagegeld bis zu einem Unfall-Krankenhaustagegeldsatz.

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

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

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

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

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

§ 12

Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

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

§ 13

Anzeigen und Willenserklärungen

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

§ 14

Rentenzahlung bei Invalidität

- I. Soweit bei Invalidität vom Versicherungsnehmer die Rentenzahlung gewählt wurde (§ 7 I.(1)), ergeben sich für einen Kapitalbetrag von 1.000 Euro die folgenden Jahresrentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltag vollendete Lebensjahr zugrunde gelegt.

Alter	Betrag der Jahresrente in Euro (€) für	
	Männer	Frauen
65	106,22	87,89
66	110,52	91,34
67	115,08	95,08
68	119,90	99,13
69	125,01	103,52
70	130,41	108,29
71	136,12	113,46
72	142,16	119,08
73	148,57	125,16
74	155,38	131,75
75	162,65	138,89

und darüber.

- II. Die Rente wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung, spätestens vom Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres an, bis zum Ende des Vierteljahres entrichtet, in dem der Versicherte stirbt. Sie wird jeweils am Ersten eines Vierteljahres im voraus gezahlt.

Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufragen. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

- III. Versicherungsnehmer und Versicherer können innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Bemessung der Rente jährlich eine Neubemessung verlangen.

§ 15

Verjährung

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

§ 16

Beitragsanpassung

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

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

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

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

§ 17

Gerichtsstände und anzuwendendes Recht

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

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

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

- IV. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 18

Schlussbestimmung

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

C. – Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen

01 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten-91)

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrags die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wäre,
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.
2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1.a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Ersatzanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
4. Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
5. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

02 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Unfallversicherungsschutzes in der Freizeit (BB Freizeit Plus-96)

1. Die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen erhöhen sich bei Versicherten, die gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert sind oder die einen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften haben, um 50 Prozent für Unfälle außerhalb des Berufs und des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte, d. h. solche Unfälle, die nicht als Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB VII) oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststelle maßgebend.
2. Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, entfällt die in 1. festgelegte Erweiterung des Versicherungsschutzes.
3. Liegen bei Eintritt des Versicherungsfalls die Voraussetzungen für den erweiterten Freizeitschutz nicht vor, so hat der Versicherungsnehmer folgendes Wahlrecht:
 - a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Erwachsene ergibt.
 - b) Der Beitrag bleibt unverändert, und die Versicherungssummen erhöhen sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.

Übt der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht 3. nicht aus, setzt sich der Vertrag nach 3. Buchstabe a) ab dem Zeitpunkt des Wegfalls der Tarifvoraussetzungen fort. § 6 II. (1) AUB gilt sinngemäß.

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

4. Sind diese Besonderen Bedingungen nach 2. als Vertragsgrundlage einmal entfallen, so werden diese nur aufgrund einer erneuten vertraglichen Vereinbarung wieder Vertragsbestandteil.

03 Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB Freizeit-96)

1. Die Versicherung umfasst nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) ausschließlich Unfälle außerhalb des Berufs und des direkten Wegs nach und von der Arbeitsstätte, d. h. solche Unfälle, die nicht als Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB VII) oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.
2. (1) § 6 der AUB entfällt. Dem Versicherer ist unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.
 - (2) Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen.
 - (3) Liegen bei Eintritt des Versicherungsfalls die Voraussetzungen für die Freizeit-Unfallversicherung nicht vor, hat der Versicherungsnehmer folgendes Wahlrecht:
 - a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Erwachsene ergibt.
 - b) Der Beitrag bleibt unverändert, und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.

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

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

05 Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung einschließlich Rooming-in-Leistung (KiUV-96)

1. (1) Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat dann folgendes Wahlrecht:
 - a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
 - b) Der Beitrag bleibt unverändert, und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.

- (2) Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht nach (1) nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach (1) b) fort.

2. Rooming-in-Leistung

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

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

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

3. Abweichend von § 11 IV. der AUB wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von 3 Jahren auf 5 Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.
4. Hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von § 4 II.-IV. der AUB folgendes:
 - a) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer, wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
 - b) Beim Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gilt a) nicht.

08 Zusatzbedingungen für Kurkostenbeihilfe (ZB Kur-96)

§ 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird wie folgt erweitert:

- a) Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB eine Beihilfe bis zu dem im Versicherungsschein festgelegten Betrag, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AUB.
- b) Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- c) Ein Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld (§ 7 IV. und V.) besteht nicht, wenn die in a) + b) geregelte Beihilfe gezahlt wird.
- d) Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, kann eine mitversicherte Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

09 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung (BB KosmOP-96)

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

deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.

Diese Leistung wird nicht erbracht für den durch einen bedingungsgemäßen Unfall beschädigten oder verloren gegangenen Zahnersatz (Zahnbrücken, -kronen, -implantate, Gebisse/Prothesen).

2. Im Rahmen von 1 sind bis zu einem Betrag von insgesamt 3.000 Euro Arzthonorare (1a), sonstige Kosten der kosmetischen Operation (1b), sowie Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik (1c) beitragsfrei mitversichert. Bis zu einem Betrag von insgesamt 300 Euro sind Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (1d) beitragsfrei mitversichert, sofern es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von Schneide- oder Eckzähnen handelt.
3. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
5. Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, können beitragsfrei mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen nach 2. nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

10 Besondere Bedingungen für Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent (BB Mehrleistung ab 90 Prozent-96)

§ 7 I. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird wie folgt erweitert:

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

Die Mehrleistung berechnet sich nur aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

12 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (BB Dynamik-97)

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

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

Die beitragsfreien Zusatzleistungen des Versicherers sind von einer Erhöhung ausgeschlossen.

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

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

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

16 Besondere Bedingungen für die verbesserte Bemessung des Invaliditätsgrades (BB verb. Gliedertaxe-96)

In Abänderung von § 7 I.(2) a) und b) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) gelten als feste Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

a)	eines Armes oder einer Hand eines Daumens oder Zeigefingers eines anderen Fingers	100 Prozent 60 Prozent 20 Prozent
b)	eines Beines oder Fußes einer großen Zehe einer anderen Zehe	70 Prozent 8 Prozent 3 Prozent
c)	eines Auges des Gehörs auf beiden Ohren	80 Prozent 70 Prozent

17 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung (BB Infektionen-96)

1. Für Unfallversicherungen von Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern):

„In Ergänzung des § 2 II. (3) Satz 1 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.“

2. Für Unfallversicherungen von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde:

„In Ergänzung des § 2 II. (3) Satz 1 und 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen und Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.“

3. Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren:

„Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).“

Nur, wenn besonders vereinbart, gilt für die Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten bei Unfallversicherungen von Desinfektoren:

„Wird der Desinfektor infolge Ausübung seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tag der Desinfektion an gerechnet von derselben Krankheit ergriffen, wird für die Folgen der Krankheit in der gleichen Weise wie für die Folgen eines Unfalls geleistet.“

18 Besondere Bedingung für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung (BB Röntgen-96)

Die Bestimmung des § 2 II. (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird mit der Maßgabe geändert, dass Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen versichert sind, die sich als Unfälle im Sinne des § 1 III. AUB darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z. B. Röntgen- und Laserschäden, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen- und Laserapparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

65 Besondere Bedingungen für die Unfall-Rente 65+

Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten bis zu einer Höhe von 3.000 Euro für

- Arzthonorare
- sonstige Kosten der kosmetischen Operation
- Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik

Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.

Besondere Vereinbarung Mehrleistung ab 90 %

In Abänderung von § 7 (Leistungsarten) i.a. Unfall-Rente (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2008) erbringt der Versicherer auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres als Mehrleistung die doppelte Rentenzahlung, wenn der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person von mindestens 90 Prozent geführt hat.

Ergänzend gelten die Besonderen Vereinbarungen für Hilfe-/Beratungs-/Pflegeleistungen (Assistance):

● Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Wenn die versicherte Person auf Grund eines Unfalls bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zu Hause Hilfe Dritter benötigt (§ 14 (4) XI. SGB Soziale Pflegeversicherung), werden Hilfeleistungen erbracht.

Hilfeleistungen werden längstens für bis zu sechs Monaten ab Unfalltag – auf Anforderung – erbracht, wenn die versicherte Person hilfsbedürftig im Sinne von Satz 1 ist.

Die Leistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes bestehen keine Ansprüche der versicherten Person auf Hilfeleistungen.

Die ambulanten Hilfeleistungen setzen keine dauerhafte Invalidität voraus und werden auch dann geleistet, wenn die Hilfsbedürftigkeit nur vorübergehend ist. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat keinen Einfluss auf eine Leistungsprüfung für andere Leistungen (z. B. Unfall-Rente). Die Hilfeleistungen werden eingestellt, wenn sich im Rahmen der Prüfung herausstellt, dass eine unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit nicht vorliegt. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Dienstleistungen werden nicht zurückgefordert.

● Menüservice

Die versicherte Person erhält im Rahmen der Allgemeinen Leistungsvoraussetzungen je nach Wunsch oder auch nach organisatorischer Machbarkeit

- einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost)

oder

- jeden Tag eine Hauptmahlzeit.

Sie kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot wählen. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir bis zu einer Gesamthöhe von 250 Euro.

● Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt:

Botengänge zur Bank oder zu Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich

Unterbringen der besorgten Gegenstände, sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die hierfür erforderlichen Kosten, wie z. B. für Einkäufe und Reinigung, sowie Gebühren, auch Rezeptgebühren, trägt die versicherte Person. Die Kosten für den Boten tragen wir bis zu einer Gesamthöhe von 250 Euro.

- **Begleitung bei Arzt- und Behördengängen**
Wenn ein Besuch der versicherten Person bei einem Arzt oder einer Behörde erforderlich ist, wird sie dorthin gebracht und wieder abgeholt und, wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet. Die Kosten für den Transport und die Begleitung tragen wir bis zu einer Gesamthöhe von 250 Euro.
- **Reinigung der Wohnung**
Alle zwei Wochen wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren. Die Kosten für die Reinigung tragen wir bis zu einer Gesamthöhe von 250 Euro.
- **Pflegeschulung für Angehörige**
Wenn die versicherte Person von einem Angehörigen gepflegt wird, wird sie für die tägliche Pflege geschult. Die Kosten für eine einmalige Schulung tragen wir bis zu einer Gesamthöhe von 100 Euro.
- **Pflegeberatung durch den Dienstleister**
Wenn der versicherten Person Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuches zustehen, so werden sie bzw. ihre Angehörigen/Betreuer über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegekasse und das entsprechende Antragsverfahren beraten. Die Kosten für die einmalige Pflegeberatung übernehmen wir bis zu einer Gesamthöhe von 100 Euro.
- **Vermittlung und Kosten für Wäsche- und Kleidungs-service**
Die DEVK oder der von ihr beauftragte Dienstleister vermittelt, dass einmal in der Woche Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie Ihre Schuhe gepflegt werden. Kosten hierfür übernehmen wir bis zu einer Gesamthöhe von 100 Euro.
- **Vermittlung eines Erstgesprächs**
Die DEVK oder der von ihr beauftragte Dienstleister vermittelt ein telefonisches Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. ihrem Angehörigen/Betreuer und dem behandelnden Arzt. Hier sollte festgestellt werden, welche Hilfeleistungen die versicherte Person benötigt.
- **Vermittlung eines Hausnotrufs**
Die DEVK oder der von ihr beauftragte Dienstleister vermittelt, wenn die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, für die Wohnung/das Haus der versicherten Person, eine Hausnotrufanlage.
- **Vermittlung von Grundpflege**
Die DEVK oder der von ihr beauftragte Dienstleister vermittelt für die versicherte Person für zu Hause einen Pflegedienst, wenn wegen eines Unfalls die versicherte Person in ihrer körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach § 15 Abs. 1 XI. SGB (Sozialgesetzbuch) gegeben sind. Die Grundpflege umfasst üblicherweise Körperpflege, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik, sowie die Lagerung im Bett.
- **Vermittlung einer Tag- und Nachtwache**
Die DEVK oder ein von ihr beauftragter Dienstleister vermittelt nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder einer unfallbedingten ambulanten Operation eine Tag- und Nachtwache (max. für 48 Stunden), wenn die versicherte Person nach Hause zurückkehrt und aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden muss.
- **Vermittlung von Pflegehilfsmitteln**
Die DEVK oder ein von ihr beauftragter Dienstleister vermittelt die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen, Rollstuhl etc..
- **Vermittlung einer Haustierbetreuung**
Die DEVK oder ein von ihr beauftragter Dienstleister ver-

mittelt die Betreuung der Haustiere der versicherten Person. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische etc. und nicht für exotische Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist, wie z. B. Reptilien.

- **Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnung/Haus/Kfz**
Die DEVK oder ein von ihr beauftragter Dienstleister vermittelt eine Beratung für den Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der versicherten Person.
- **Vermittlung von ambulanten Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades des Versicherten**
Die DEVK oder ein von ihr beauftragter Dienstleister vermittelt auch die ambulanten Hilfeleistungen, wenn die versicherte Person unfallbedingt ganz oder teilweise außerstande ist, die Betreuung des bis zum Unfall von ihm bereits in häuslicher Pflege betreuten Ehepartners, nichtehelichen Lebenspartners oder Verwandten 1. Grades fortzuführen. Voraussetzung ist, dass der zu Pflegenden mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und eine Pflegestufe bereits anerkannt ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (XI. SGB)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches 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 sechs Monate, in erheblichen oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes (1) sind:
 1. Im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.

72 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 500 Prozent-96)

1. In Abänderung von § 7 I. und § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) gilt:

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

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

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

* Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag

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

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

73 Besondere Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung (BB Sofortleistung-96)

1. In Ergänzung zu § 7 der AUB erbringt der Versicherer nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen:
 - a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - b) Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
 - c) Schädelhirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung
 - d) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten. Lange Röhrenknochen sind die Unterarm-, Oberarm-, Unterschenkel- und Oberschenkelknochen. (Beispiel: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch)
 - oder
 - Bruch beider Fersenbeine
 - oder
 - gewebeerstörenden Schäden an zwei inneren Organen
 - oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
Bruch eines langen Röhrenknochens,
Bruch des Beckens,
Bruch der Wirbelsäule,
Bruch eines Fersenbeins,
gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs,
 - e) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
 - f) Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.
2. (1) Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 8 AUB entsprechende Anwendung.
- (2) Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

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

74 Beitragsfreie Familienvorsorge-Unfallversicherung für Ehegatten und Neugeborene (BB Familienvorsorge-96)

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

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

2. Die Versicherungsleistungen/Versicherungssummen betragen für jede neu hinzukommende Person:

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

3. Bestehen für den Versicherungsnehmer bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, werden Leistungen nur aus einem dieser Verträge gewährt.

75 Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent (BB Franchise 25 Prozent-96)

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht nur dann, wenn sich nach den Bestimmungen der §§ 7 I. (2), (3) und 8 AUB ein Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent ergibt.

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

76 Besondere Bedingungen für die verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung bei unfallbedingter Dienst- oder Berufsunfähigkeit des Versicherten (BB Dienst-/Berufsunfähigkeit-96)

1. Ergänzend zu den Bemessungsgrundsätzen in § 7 I. (2) und (3) AUB gilt folgendes:
 - a) Es wird ein Invaliditätsgrad von 100 Prozent angenommen, wenn durch einen Unfall nach § 1 AUB eine nicht nur vorübergehende Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne oder eine dauernde Berufsunfähigkeit im arbeitsrechtlichen Sinn eintritt und medizinisch festgestellt wird. Die dauernde Dienst- oder Berufsunfähigkeit muss innerhalb einer Frist von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und festgestellt werden.
 - b) Der Versicherte muss wegen des in 1 a) beschriebenen Unfalls innerhalb einer weiteren Frist von einem Jahr wegen der Dienst- oder Berufsunfähigkeit auf Dauer rechtswirksam in den Ruhestand versetzt, aus dem Beamtenverhältnis entlassen werden oder aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden.
2. Wird der Versicherte wegen der durch den Unfall herbeigeführten Dienst- oder Berufsunfähigkeit nach 1. in den Ruhestand versetzt, aus dem Beamtenverhältnis entlassen oder scheidet er aus dem Arbeitsverhältnis aus, so hat der Versicherte den behördlichen Bescheid über diese Maßnahme unverzüglich der DEVK zu übersenden, und zwar in Urschrift oder in öffentlich beglaubigter Abschrift. Die DEVK ist berechtigt, ergänzende Auskünfte einzuholen. § 9 AUB bleibt im übrigen unberührt.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis herbeigeführten dauernden Dienst- oder Berufsunfähigkeit nach 1a) mitgewirkt, so wird die Leistung, welche gegenüber einer nach § 7 I. (2) und (3) AUB bemessenen Invaliditätsleistung anfällt, entsprechend dem Anteil der Krankheiten oder des Gebrechens gekürzt. Dies gilt jedoch nur, wenn der Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.
4. Wird der Versicherte in den Ruhestand versetzt oder scheidet er aus dem Arbeitsverhältnis aus, so wird die Versicherung ohne diese Deckungserweiterung fortgeführt.

5. Anspruchsvoraussetzung und Bemessungsgrundlage für die Mehrleistung ab 90 Prozent (Besondere Bedingung 10) bzw. Progressivleistung (Besondere Bedingung 72) ist, soweit vereinbart, stets der tatsächlich nach § 7 I. AUB ermittelte Invaliditätsgrad, und nicht der nach 1 angenommene Invaliditätsgrad von 100 Prozent.
6. Die vorstehenden Bedingungen gemäß 1. bis 5. gelten nicht für Versicherungsverträge, in denen bei der Versicherung einer Invaliditätsleistung (§ 7 I.) eine Franchise, gleichgültig in welcher Höhe vereinbart wurde.

80 Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent (BB Franchise 20 Prozent-96)

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht nur dann, wenn sich nach den Bestimmungen der §§ 7 I. (2), (3) und 8 AUB ein Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent ergibt. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent besteht der Anspruch auch für die ersten 19 Prozent der Invalidität.

81 Besondere Bedingungen für die Berufs-Unfallversicherung (BB Berufsschutz-96)

1. Die Versicherung umfasst nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) ausschließlich Unfälle während des Berufs, sowie auf dem direkten Weg von und zur Arbeitsstätte, d. h. solche Unfälle, die Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB VII) oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.

2. (1) Dem Versicherer ist innerhalb von zwei Monaten Anzeige zu erstatten, wenn der Versicherte nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder kein Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.

Bezüglich einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung gilt § 6 AUB.

- (2) Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen.

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

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

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

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

82 Besondere Bedingungen für den Ausbildungstarif (BB Ausbildung-96)

1. Die Versicherung wird bis zum Ende des Kalenderjahres zum Ausbildungstarif fortgeführt, in dem die Schul- oder unmitelbar anschließende Berufsausbildung (nicht Fortbildung) endet. Danach erfolgt die Umstellung auf den dann gültigen Erwachsenenentarif. Der Versicherungsnehmer hat dann folgendes Wahlrecht:

- a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem

Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.

- b) Der Beitrag bleibt unverändert, und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.

2. Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht nach 1. nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach 1. b) fort.

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

83 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Unfallversicherung (BB 83-Unfall Plus)

1. Versicherte Personen

Die „Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Unfallversicherung (Unfall-Plus)“ kann, sofern mit dem Versicherer nichts anderes vereinbart ist, von Personen im Alter von 16 bis 64 Jahren abgeschlossen werden, für die bei der DEVK eine Unfallversicherung nach den Tarifen EU (Erwachsene) oder AU (Ausbildung) besteht.

2. Verdoppelung der Versicherungssummen bei Unfällen in öffentlichen Verkehrsmitteln

Im Rahmen von „Unfall-Plus“ verdoppeln sich die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen für die Leistungsarten Invalidität (hier die vereinbarte Invaliditätsgrundsumme), Tod, Übergangsleistung, Kosmetische Operationen, Unfall-Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld und Unfalltagegeld - soweit jeweils vertraglich vereinbart - bei Unfällen, die die versicherte Person als Fahrgast im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines öffentlichen Verkehrsmittels erleidet. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

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

Liegen dem Vertrag die Besonderen Bedingungen für Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent (BB Mehrleistung ab 90 Prozent-96) zugrunde, wird die Mehrleistung (Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag) für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei den DEVK-Unternehmen weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Liegen dem Vertrag die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 500 Prozent-96) zu Grunde, wird die Mehrleistung (Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag) für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei den DEVK-Unternehmen weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

3. Schmerzensgeld

Führt ein Unfall zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen, entsteht der Anspruch auf Leistung aus der für Schmerzensgeld versicherten Summe von 2.000 Euro.

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

Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die entsprechenden Leistungspro-

zentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent - max. 2.000 Euro - werden jedoch nicht angenommen.

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

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

Schmerzensgeldtabelle

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

3a. Komageld

§ 7 AUB wird wie folgt erweitert:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma, werden für die Zeit dieses Zustands, längstens jedoch für die Dauer von 10 Wochen, wöchentlich 100 Euro gezahlt. Darüber hinaus werden zusätzlich 100 Euro für die erste Woche nach dem Aufwachen gewährt.

4. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

Werden durch einen bedingungsgemäßen Unfall Schneide- oder Eckzähne beschädigt oder gehen sie verloren, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einem Höchstbetrag von 750 Euro.

Diese Leistung wird nicht erbracht für den durch einen bedingungsgemäßen Unfall beschädigten oder verloren gegangenen Zahnersatz (Zahnbrücken, -kronen, -implantate, Gebisse/Prothesen).

Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger für die Kosten eintritt, kann der Erstattungsanspruch nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer wenden.

Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

5. Einschluss von Infektionskrankheiten (Immunschutz)

a) Abweichend von § 1 III. und § 2 II. (3) AUB gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Borreliose, Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Lepra, Malaria, Pest, Pocken, Schlaf-(Tsetse)-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus

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

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

b) Abweichend von § 2 II. (2) AUB gelten Schutzimpfungen als erstmalige Infektion, soweit gegen die genannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung

gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen

oder

sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

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

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

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

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

6. Einschluss von Vergiftungen

In Abänderung von § 1 V. AUB sind mitversichert:

– Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

– Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse (auch allergische Reaktionen).

Ausgeschlossen bleiben durch Insektenstiche übertragene Infektionskrankheiten, soweit sie nicht in 5. a) dieser Besonderen Bedingungen aufgeführt sind.

– Vergiftungen durch Lebensmittel.
Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.

7. Einschluss von Unfällen durch Laser- und Röntgenstrahlen

In Abänderung von § 2 II. (1) AUB sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen, sowie künstlich

erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne des § 1 III. AUB darstellen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z. B. Schäden durch Röntgen- und Laserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen- oder Laserapparaten darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

8. Beschränkung der Versicherungssummen und der Versicherungsleistung

Für die in 5., 6. und 7. dieser Besonderen Bedingungen genannten Einschlüsse gelten folgende Höchstsummen:

Invaliddität 60.000 Euro (§ 7 I. AUB)

Unfalltod 10.000 Euro (§ 7 VI. AUB)

Sollten im Versicherungsschein geringere Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliddität und Tod vereinbart sein, gelten die im Versicherungsschein genannten Versicherungssummen.

Eine Verdoppelung der Versicherungssummen im Sinne von 2. der „Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Unfallversicherung (Unfall Plus)“ erfolgt nicht.

Eine Invalidditätsleistung erfolgt bei den unter 5., 6. und 7. der „Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Unfallversicherung (Unfall Plus)“ genannten Einschlüsse ab einem Invalidditätsgrad von 25 Prozent. Bei einem Invalidditätsgrad von mindestens 25 Prozent besteht der Anspruch auch für die ersten 24 Prozent der Invaliddität.

Zu § 7 I. AUB (Invaliddität) vereinbarte progressive Invalidditätsstaffeln und abweichende Gliedertaxen im Invalidditätsfall bleiben bei der Berechnung der Entschädigung unberücksichtigt. Dafür wird eine Mehrleistung gemäß der „Besondere Bedingungen für Mehrleistung bei einem Invalidditätsgrad ab 90 Prozent (BB Mehrleistung ab 90 Prozent-96)“ gewährt.

Auf andere vereinbarte Leistungsarten (Versicherungssummen) und insbesondere die beitragsfrei gewährten Zusatzleistungen finden diese Besonderen Bedingungen keine Anwendung.

9. Kündigungsklausel

1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung eine Frist von drei Monaten die zusätzlich vereinbarte Deckungserweiterung (Unfall Plus) durch schriftliche Erklärung kündigen. Der Versicherungsnehmer kann bestimmen, dass seine Kündigung erst zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird.
2. Macht der Versicherer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer den Unfallversicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.
3. Kündigt der Versicherer und/oder der Versicherungsnehmer, gebührt dem Versicherer der Teil des Beitrags, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht.

84 Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten (ausgenommen Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten) für
 - a) Arzthonorare, sofern diese nicht für Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten nach 2. entstanden sind
 - b) sonstige Kosten der kosmetischen Operation
 - c) Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

Im Rahmen von 1. a) bis c) sind die dort genannten Honorare und Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 3.000 Euro versichert.

2. Werden durch einen bedingungsgemäßen Unfall Schneide- oder Eckzähne beschädigt oder gehen sie verloren, so übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einem Höchstbetrag von 300 Euro.
3. Die Operation und die Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
5. Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, können beitragsfrei mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen gemäß 1. und 2. nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

86 Besondere Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes bei der Unfall-Rente (BB Unfall-Rente Plus)

Die „Besonderen Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes bei der Unfall-Rente (BB Unfall-Rente Plus)“ kann, sofern mit dem Versicherer nichts anderes vereinbart ist, von Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren abgeschlossen werden, für die bei der DEVK eine Unfall-Rentenversicherung nach dem Tarif UR (Unfall-Rente) besteht.

1. Leistungsvoraussetzungen

Ansprüche auf Leistungen nach den „Besonderen Bedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes bei der Unfall-Rente (Unfall-Rente Plus)“ können nur insoweit geltend werden, als ein Anspruch auf Zahlung einer Unfall-Rente nach § 7 I.a. AUB entstanden ist.

Die Leistungsarten Schmerzensgeld (3.), Komageld (3 a.) und Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (4.) dieser Bedingungen sind nicht an den Invalidditätsgrad des § 7 I.a. (1) AUB geknüpft, sondern können bei einem Versicherungsfall nach § 1 AUB geltend gemacht werden.

2. Einmalzahlung im Versicherungsfall

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

3. Schmerzensgeld

Führt ein Unfall zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen, entsteht der Anspruch auf Leistung aus der für Schmerzensgeld versicherten Summe von 2.000 Euro.

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

Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent - max. 2.000 Euro - werden jedoch nicht angenommen.

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

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.

Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

Schmerzensgeldtabelle

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

3a. Komageld

§ 7 AUB wird wie folgt erweitert:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma, werden für die Zeit dieses Zustandes, längstens jedoch für die Dauer von 10 Wochen, wöchentlich 100 Euro gezahlt. Darüber hinaus werden zusätzlich 100 Euro für die erste Woche nach dem Aufwachen gewährt.

4. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

Werden durch den Unfall Schneide- oder Eckzähne beschädigt oder gehen sie verloren, so übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einem Höchstbetrag von 750 Euro. Diese Leistung wird nicht erbracht für den durch einen bedingungsgemäßen Unfall beschädigten oder verloren gegangenen Zahnersatz (Zahnbrücken, -kronen, -implantate, Gebisse/Prothesen).

Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger für die Kosten eintritt, kann der Erstattungsanspruch nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer wenden.

Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

5. Einschluss von Infektionskrankheiten (Immunschutz)

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

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

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

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

- b) Abweichend von § 2 II. (2) AUB gelten Schutzimpfungen als erstmalige Infektion, soweit gegen die unter a) genannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen

oder

sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

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

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

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

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

6. Einschluss von Vergiftungen

In Abänderung von § 1 V. AUB sind mitversichert:

- Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig auströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünsten, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.
- Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse (auch allergische Reaktionen). Ausgeschlossen bleiben durch Insektenstiche übertragene Infektionskrankheiten, soweit sie nicht in 5. a) dieser Besonderen Bedingungen aufgeführt sind.
- Vergiftungen durch Lebensmittel.

Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.

7. Einschluss von Unfällen durch Laser- und Röntgenstrahlen

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

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z. B. Schäden durch Röntgen- und Laserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen- oder Laserapparaten darstellen und/oder Berufskrankheiten sind.

8. Beschränkung der Versicherungssummen und der Versicherungsleistung

Für die in 5., 6. und 7. dieser Besonderen Bedingungen genannten Einschlüsse gilt eine Unfall-Rente bis zu einem Höchstbetrag von 1.000 Euro.

Sollte im Versicherungsschein eine geringere Unfall-Rente vereinbart sein, gilt die im Versicherungsschein genannte Unfall-Rente.

Eine Rentenleistung bei den unter 5., 6. und 7. dieser Besonderen Bedingungen genannten Einschlüsse erfolgt ab einem Invaliditätsgrad, der in § 7 I.a. (1) AUB festgelegt ist.

§ 7 I.a. (2) AUB findet für die Unfall-Rente Plus keine Anwendung.

Die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistungen und Beitrag (BB Dynamik-97) können im Rahmen der Unfall-Rente Plus nicht eingeschlossen werden.

9. Kündigungsklausel

1. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten die zusätzlich vereinbarte Deckungserweiterung (Unfall-Rente Plus) durch schriftliche Erklärung kündigen. Der Versicherungsnehmer kann bestimmen, dass seine Kündigung erst zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird.
2. Macht der Versicherer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer den Unfallversicherungvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen.
3. Kündigt der Versicherer und/oder der Versicherungsnehmer, gebührt dem Versicherer der Teil des Beitrags, der der Dauer der Gefahrtragung entspricht.

04 Besondere Bedingungen für die Spezial-Jagdunfallversicherung

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB), jedoch abweichend von § 1 II. AUB, Unfälle während der Ausübung jeder berechtigten jagdlichen Tätigkeit innerhalb der Bundesrepublik Deutschland und den sich dabei ergebenden Grenzüberschreitungen.

Eingeschlossen sind Unfälle

- a) bei Ausübung des Jagdschutzes, Abrichten und Führen von bis zu drei Hunden und bei allen Maßnahmen, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Pflege des Jagdreviers stehen, z. B. Anlegen von Hochsitzen, Pirschgängen, Fütterungen usw.
- b) bei der anerkannten Ausbildung zum Erwerb des Jagdscheins (Jungjägerausbildung)
- c) bei Teilnahme an den von der Jagdbehörde und den Landesjagdverbänden bzw. deren Gliederungen veranstalteten Übungs- und Preisschießen und bei Teilnahme an anerkannten Jagdhundeprüfungen
- d) auf dem direkten Wege zum und vom Jagdrevier und den vorerwähnten Schießübungen und Prüfungen
- e) beim Reinigen von Jagdwaffen. Voraussetzung ist, dass die üblichen Vorsichtsmaßnahmen dabei beachtet werden.

06 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Modell 225 %)

§ 7 I. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen des § 7 I. (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

07 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Modell 300 %)

§ 7 I. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen des § 7 I. (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme.

13 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1

Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- (1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- (2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.
- (3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- (4) Aufgrund der festgestellten Kopffzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersteren Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
- (5) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

§ 2

Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- (1) Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab-, und an deren Stelle tretende, anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung an als versichert.
- (2) Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind, wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.
- (3) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.
- (4) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

§ 3

Vertragsdauer (Zusatz zu § 4 AUB)

- (1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- (2) Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:
 - a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet
 - b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist (§ 11 AUB) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der

Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

Zusätzlich gilt:

1. Soweit die Tarife Gruppennachlässe vorsehen, wird ein durch Erhöhung der Versichertenzahl sich ergebender höherer Nachlass für die neu hinzutretenden Personen sofort, für die schon versicherten Personen vom nächsten Beitragsfälligkeitstermin an, gewährt. Ein durch Verminderung der Versichertenzahl sich ergebender niedrigerer Nachlass kommt vom nächsten Beitragsfälligkeitstermin an in Betracht. § 1 (4) der Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung gilt entsprechend ergänzt.
2. § 2 (1) Satz 2 der Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung gilt in der Weise abgeändert, dass der Versicherungsschutz mit Eingang der Anmeldung beim Versicherer beginnt.

14 Deckungsumfang für die Gruppen-Unfallversicherung von Vereinen, Freiwilligen Feuerwehren, Freiwilligen Sanitätskolonnen

Vereine ohne Sportbetriebe

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die Mitglieder des Vereins während der Vereinsübungsstunden, -proben und -aufführungen sowie bei Vereinsversammlungen und ferner bei Festlichkeiten und Festzügen, an denen sie im Auftrage des Vereins teilnehmen und die dem Zwecke des Vereins entsprechen, betroffen werden.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und von örtlich durchgeführten Veranstaltungen und während der gemeinsamen Fahrten zu auswärtigen Veranstaltungen, die im Auftrage des Vereins unternommen werden, sind eingeschlossen, ausgenommen bei Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Sportvereine

Aktive Mitglieder:

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen nur die Unfälle, von denen die Mitglieder bei vom Verein oder von seinen berechtigten Organen veranstalteten oder angeordneten und beaufsichtigten Veranstaltungen betroffen werden, Unfälle anlässlich von Übungen in anderen als der genannten Sportart sind mitversichert, wenn sie als Vorbereitung für die Ausübung der genannten Sportart zweckdienlich und vom Verein oder von seinen dazu berechtigten Organen ausdrücklich angeordnet und beaufsichtigt sind.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und von örtlich durchgeführten Übungen oder Wettkämpfen und während der gemeinsamen Fahrten zu auswärtigen Sportveranstaltungen, die im Auftrage des Vereins unternommen werden, sind eingeschlossen, ausgenommen Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Passive Mitglieder:

Die Versicherung umfasst nur Unfälle, von denen die Mitglieder bei Vereinsversammlungen, Festlichkeiten und Festzügen, an denen sie im Auftrag des Vereins teilnehmen und die dem Zwecke des Vereins entsprechen, betroffen werden. Unfälle bei der Ausübung jeglichen Sports sind ausgeschlossen.

Freiwillige Feuerwehren

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die Mitglieder der Feuerwehr in Ausübung ihrer gesamten Diensttätigkeit, bei Feuers- und Wassernot, bei Wachen, Übungen und Hilfeleistungen bei Unglücksfällen, bei Reisen zu Feuerwehrversammlungen und ähnlichen Gelegenheiten, überhaupt in allen Fällen betroffen werden, in welchen die Feuerwehr nach allgemeinen oder jeweiligem besonderen Auftrag der zuständigen Stelle in Tätigkeit tritt.

Unfälle von Mitgliedern bei unaufgeforderter Hilfeleistung, sofern es sich um solche Hilfeleistung handelt, die sich im Rahmen der

Tätigkeit eines Feuerwehrmannes bewegen, sind in die Versicherung eingeschlossen.

Eingeschlossen sind auch Unfälle auf den direkten Wegen zu und von der Dienststätte. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Körperbeschädigungen, die nachweisbar als Folge von Rauchentwicklung bei Gelegenheit eines bestimmten Brandfalles entstehen, werden als Unfälle betrachtet.

Polizei- und Flurschutzdienst fallen nicht unter die Versicherung.

Personen, die der Feuerwehr nicht angehören, sich anlässlich von Bränden an den Löscharbeiten beteiligen, können gegen einen 25%igen Risikozuschlag zu dem gesamten Gruppenversicherungsbeitrag mitversichert werden.

Freiwillige Sanitätskolonnen

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die Mitglieder der Sanitätskolonne sowohl im Dienste der Sanitätskolonne als auch im allgemeinen Sanitäts- und Rettungsdienst betroffen werden. Unfälle bei Ausübung des Sanitätsdienstes gelegentlicher innerer Unruhen, gelten in die Versicherung eingeschlossen, sofern eine aktive Beteiligung an den Unruhen nicht vorliegt.

Die Versicherung erstreckt sich auch auf Unfälle auf dem direkten Wege von der Wohnung zur Dienststätte und zurück. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Mitversicherung akuter Infektionskrankheiten:

Gegen Entrichtung eines Zuschlages von 30 Prozent auf den Jahresbeitrag werden akute Infektionskrankheiten nach Maßgabe folgender Klausel eingeschlossen:

Zieht sich ein Mitglied im Dienste der Sanitätskolonne, oder im allgemeinen Sanitäts- und Rettungsdienst infolge der Behandlung oder des Transports eines Patienten, bzw. infolge der Ausübung einer desinfektorischen Tätigkeit eine akute Infektionskrankheit (z. B. Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) zu, so werden, falls die Krankheit nachweisbar während der Behandlung oder innerhalb der medizinisch anerkannten Inkubationszeiten vom Tage des Aufhörens der Behandlung bzw. vom Tage des Transports oder der ausgeführten Desinfektion an zum Ausbruch kommt, die Folgen der Erkrankungen in der gleichen Weise wie die eines Unfalles entschädigt.

15 Deckungsumfang für die Gruppen-Unfallversicherung von Beamten, Angestellten, Beauftragten und anderen Organen im Rahmen ihrer besonderen Tätigkeit

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen

neben- oder ehrenamtlichen Organe bei Ausübung ihrer neben- oder ehrenamtlichen Tätigkeit,

bei der Kirchengemeinde angestellte Personen oder ihre ordnungsgemäß bestellten Stellvertreter in Ausübung ihres nebenamtlichen Dienstes,

Personen in Ausübung ihrer ehrenamtlichen oder nebenamtlichen Tätigkeit für den Versicherungsnehmer,

Prüflinge während der theoretischen und praktischen Prüfung

betroffen werden.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und von der versicherten Tätigkeit sind eingeschlossen, ausgenommen bei Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Für Ziff. 14 und 15 gilt zusätzlich bei besonderer Beantragung vereinbart:

Erweiterung des Versicherungsumfanges auf private Unfälle während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen.

Versicherungsumfang

Während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen umfasst der Versicherungsschutz auch Unfälle privater Natur. Unfälle auf der Hin- und Rückreise zum und vom Ort der Veranstaltung sind mit-versichert.

Der Versicherungsschutz beginnt jeweils, sobald der Versicherte zum Zwecke des Antritts der Reise seine Wohnung verläßt, jedoch nicht früher als 24 Stunden vor Beginn der auswärtigen Veranstaltung. Der Versicherungsschutz endet mit der Rückkehr in die Wohnung, spätestens jedoch 24 Stunden nach Beendigung der Veranstaltung.

20 Besondere Bedingungen für die Strahlen-Unfallversicherung von Personen, die beruflich mit strahlenerzeugenden Stoffen oder Geräten in Berührung kommen

Der Versicherung liegen die beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) sowie bei Gruppenversicherungen auch die beigefügten Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit folgenden Änderungen und Ergänzungen zugrunde:

§ 1

Abweichend von § 1 I. und § 2 II. (1) der AUB gelten folgende Bestimmungen:

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nur auf Strahlenunfälle.
- (2) Unter Strahlen im Sinne dieser Bedingungen werden energiereiche Strahlen verstanden mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt und Neutronen jeder Energie.

§ 2

§ 1 III. und IV. AUB wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

- (1) Ein Strahlenunfall liegt vor, wenn der Versicherte durch eine Strahleneinwirkung von außen auf seinen Körper oder durch Inkorporation strahlender Stoffe unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (2) Bei einer Strahleneinwirkung von außen muss eine Dosis von mindestens 25 rem innerhalb eines zusammenhängenden Zeitraumes von 4 Wochen eingestrahlt sein.
- (3) Die Inkorporation strahlender Stoffe muss durch einen bestimmten unvorhergesehenen Vorgang, den der Versicherungsnehmer nachzuweisen hat, erfolgt sein.
- (4) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
 - a) Berufs- und Gewerbekrankheiten,
 - b) Gesundheitsschädigungen, die nicht durch die Strahleneinwirkung, sondern durch andere Einwirkungen inkorporierter strahlender Stoffe entstehen.

§ 3

- (1) Die ersten Anzeichen der Gesundheitsschädigung müssen innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag festgestellt worden sein.
- (2) Als Unfalltag im Sinne dieser Bedingungen gilt der Zeitpunkt des Ereignisses, das nach § 5 anzuzeigen ist; erstreckt sich dieses Ereignis über mehrere Tage, so gilt der letzte Tag.

§ 4

Der Nachweis zu §§ 1 und 2 wird, wenn er sich nicht aus dem Ermittlungsergebnis der Aufsichtsbehörde ergibt, durch ein Messinstrument und Eintragung in das Arbeitsbuch oder durch ein Sachverständigengutachten geführt, der Nachweis zu § 3 (1) durch das Attest eines Arztes, der von der nach Landesrecht zuständigen Behörde zu dessen Abgabe ermächtigt ist.

§ 5

Jedes Ereignis, auf das sich der Versicherungsschutz erstreckt und das eine Gesundheitsschädigung zur Folge haben kann, ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 6

§ 7 I. – VI. AUB wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

I. Invaliditätsleistung

- (1) Führt der Strahlenunfall nach Ablauf von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte am Unfalltag das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 14 AUB in der durch nachstehenden § 7 geänderten Fassung erbracht.

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung ist spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Ablauf des auf den Unfall folgenden dritten Jahres anzumelden und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

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

- a) Bei Verlust oder völliger Erwerbsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

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

- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.

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

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

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

- (4) Tritt der Tod strahlenunfallbedingt innerhalb von drei Jahren nach dem Strahlenunfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

- (5) Stirbt der Versicherte aus strahlenunfallfremder Ursache innerhalb von drei Jahren nach dem Strahlenunfall oder – gleichgültig aus welcher Ursache – später als drei Jahre nach dem Strahlenunfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsrente

- (1) Besteht eine strahlenunfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, nachdem die ärztliche Behandlung abgeschlossen oder nachdem mindestens ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, vergangen ist, so wird für die Dauer der Beeinträchtigung, längstens bis zum Ablauf des dritten Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, eine Übergangsrente gewährt. Die Übergangsrente beträgt im Monat 1 Prozent der versicherten Invaliditätssumme. Sie wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft und monatlich im voraus gezahlt. Für die Bemessung des Grades gelten die Bestimmungen im Absatz I.
- (2) Dem Versicherungsnehmer obliegt es, einen Anspruch auf Übergangsrente unverzüglich geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.
- (3) Versicherer und Versicherungsnehmer können während der Laufzeit der Übergangsrente im Abstand von mindestens drei Monaten verlangen, dass der Grad der Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit überprüft wird. Nach Feststellung einer Änderung des Grades gilt dieser vom nächsten Fälligkeitstermin der Übergangsrente an.

III. Tagegeld

- (1) Führt der Strahlenunfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
- (2) Das Tagegeld wird frühestens vom 43. Tag an bis längstens für ein Jahr, beide vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

- (1) Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Strahlenunfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein Kalendertag gerechnet.
- (2) Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld

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

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

des Krankenhaustagegeldes.

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

VI. Todesfalleistung

- (1) Führt der Strahlenunfall innerhalb von drei Jahren zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.
- (2) Der Tod ist innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Strahlenunfall schon angezeigt ist. Die Meldung

soll telegrafisch erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 7

- (1) § 11 II. Satz 2 der AUB findet keine Anwendung.
- (2) § 11 IV. Satz 1 der AUB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Versicherungsnehmer und Versicherer sind nach Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, berechtigt, den Grad der Invalidität während der folgenden zwei Jahre jährlich neu ärztlich bemessen zu lassen.

§ 8

§ 14 II. der AUB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Die Zahlung der Invaliditätsrente beginnt nach drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet. Die Rente wird bis zum Ende des Vierteljahres, in dem der Versicherte stirbt, geleistet, und zwar jeweils im voraus am Vierteljahres-Ersten.

22 Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen-Unfallversicherung

- Der Versicherungsschutz erstreckt sich im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) auf alle Unfälle, die die berechtigten Insassen erleiden; er beginnt mit dem Betreten des Bootes und endet mit dessen Verlassen.
- Versichert sind alle berechtigten Bootsinsassen unter Ausschluss von Personen, die beruflich mit der Wartung und Pflege des Bootes (Angestellte und entlohnte Bootsdienere) zu tun haben.
- Im Schadenfall wird die Versicherungssumme durch die Anzahl der zu dem Unfall im Boot befindlichen Personen geteilt. Jede Person ist mit dem entsprechenden Teilbetrag der Versicherungssumme versichert.
- Für Personen unter 18 Jahren gelten neben den AUB die Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen. Bei Mitversicherung von Tagegeld wird der für diese Personen anfallende Tagegeldbetrag auf die anderen Bootsinsassen aufgeteilt.
- Gemäß § 2 I. (6) AUB besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

23 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung

In Abänderung des § 2 I. (3) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle infolge von Kriegsereignissen, sofern es sich nicht um einen Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten (USA, Großbritannien, Frankreich, UdSSR, China) handelt oder die Bundesrepublik Deutschland in einen Krieg oder kriegsähnlichen Zustand verwickelt wird.

Die aktive Teilnahme an Kriegsereignissen bleibt in jedem Falle vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Der erweiterte Versicherungsschutz gemäß Abs. 1 kann durch den Versicherer mit einer Frist von 7 Tagen gekündigt werden. Hierfür ist ein Bevollmächtigter mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland zu benennen, dem gegenüber diese Kündigung durch eingeschriebenen Brief rechtswirksam erfolgen kann.

24 Besondere Bedingungen für die Firmengäste-Unfallversicherung

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) nur auf Unfälle, die den Kunden und den Gästen des Versicherungsnehmers in den Räumen und auf dem Betriebsgelände des Versicherungsnehmers unter Einschluss der Wege außerhalb dieses Bereichs während der Gesamtdauer der Besuchszeit zustoßen, sofern und solange die Besucher im Rahmen des Besuchs einer beruflichen Tätigkeit nachgehen oder sich aus Repräsentationsgründen in Begleitung eines Betriebsangehörigen befinden.
- (2) Der Versicherungsschutz für Kunden und Gäste erstreckt sich auch auf Unfälle während der An- und Abreise zum Versicherungsnehmer, sofern und solange sich die Besucher in Begleitung eines Betriebsangehörigen befinden.

25 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung zugunsten der Reiter von Miet- und Leihpferden

1. (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) und der Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen auf Unfälle, die der berechnete Reiter des im Vertrag näher bezeichneten Leihpferdes erleidet.
(2) Eingeschlossen sind Unfälle
 - a) beim Auf- und Absitzen,
 - b) während der Führung am Zügel,
 - c) anlässlich der Pflege und Vorsorge des Pferdes.(3) Für Personen, die zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gelten die Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen.
2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Unfälle von Personen, die für den Versicherungsnehmer eine berufliche oder gewerbliche Tätigkeit ausüben.

26 Besondere Bedingungen für die verbesserte Berechnung der Invaliditätsleistung bei unfallbedingter Dienst- oder Berufsunfähigkeit des Versicherten (BB Dienst-/Berufsunfähigkeit-96)

1. Ergänzend zu den Bemessungsgrundsätzen in § 7 I. (2) und (3) AUB gilt folgendes:
 - a) Es wird ein Invaliditätsgrad von 100 Prozent angenommen, wenn durch einen Unfall nach § 1 AUB eine nicht nur vorübergehende Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne oder eine dauernde Berufsunfähigkeit im arbeitsrechtlichen Sinn eintritt und medizinisch festgestellt wird. Die dauernde Dienst- oder Berufsunfähigkeit muss innerhalb einer Frist von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und festgestellt werden.
 - b) Der Versicherte muss wegen des in 1 a) beschriebenen Unfalls innerhalb einer weiteren Frist von einem Jahr wegen der Dienst- oder Berufsunfähigkeit auf Dauer rechtswirksam in den Ruhestand versetzt, aus dem Beamtenverhältnis entlassen werden oder aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden.
2. Wird der Versicherte wegen der durch den Unfall herbeigeführten Dienst- oder Berufsunfähigkeit nach 1. in den Ruhestand versetzt, aus dem Beamtenverhältnis entlassen oder scheidet er aus dem Arbeitsverhältnis aus, so hat der Versicherte den behördlichen Bescheid über diese Maßnahme unverzüglich der DEVK zu übersenden, und zwar in Urschrift oder in öffentlich beglaubigter Abschrift. Die DEVK ist berechnete, ergänzende Auskünfte einzuholen.
§ 9 AUB bleibt im übrigen unberührt.

3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis herbeigeführten dauernden Dienst- oder Berufsunfähigkeit nach 1a) mitgewirkt, so wird die Leistung, welche gegenüber einer nach § 7 I. (2) und (3) AUB bemessenen Invaliditätsleistung anfällt, entsprechend dem Anteil der Krankheiten oder des Gebrechens gekürzt. Dies gilt jedoch nur, wenn der Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.
4. Wird der Versicherte in den Ruhestand versetzt oder scheidet er aus dem Arbeitsverhältnis aus, so wird die Versicherung ohne diese Deckungserweiterung fortgeführt.
5. Anspruchsvoraussetzung und Bemessungsgrundlage für die Mehrleistung ab 90 Prozent (Besondere Bedingung 10) bzw. Progressivleistung (Besondere Bedingung 72) ist, soweit vereinbart, stets der tatsächlich nach § 7 I. AUB ermittelte Invaliditätsgrad, und nicht der nach 1 angenommene Invaliditätsgrad von 100 Prozent.
6. Die vorstehenden Bedingungen gemäß 1. bis 5. gelten nicht für Versicherungsverträge, in denen bei der Versicherung einer Invaliditätsleistung (§ 7 I) eine Franchise, gleichgültig in welcher Höhe vereinbart wurde.

27 Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Weiterführung der Kinder-Unfallversicherung beim Tode des Versicherungsnehmers

In Ergänzung des § 4 II. bis IV. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) gilt folgendes:

- a) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer, so wird die Versicherung im bisherigen Umfang ohne Rücksicht auf die vereinbarte Vertragsdauer bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- b) Beim Ableben des Versicherungsnehmers in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen tritt a) außer Kraft, es sei denn, dass durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde etwas anderes vorgeschrieben ist.

28 Besondere Bedingung für den Einschluss von Bewusstseinsstörungen in die Unfallversicherung

In Abänderung des § 2 I. (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.

29 Besondere Bedingung für Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 70 Prozent

§ 7 I. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen des § 7 I. (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mehr als 70 Prozent, so wird bei der Leistungsbemessung ein Invaliditätsgrad von 100 Prozent angenommen.

62 Besondere Bedingung über die Mitversicherung des Tauchrisikos

Mitversichert sind Tauchgänge bis zu einer maximalen Tiefe von 50 Metern.

Als Unfall gilt auch der Ertrinkungs-/Erstickungstod unter Wasser sowie tauchtypische Gesundheitsschäden wie die Caissonkrankheit/Trommelfellverletzungen, ohne dass ein Unfallereignis im Sinne des § 1 AUB festgestellt werden kann.

Versicherungsschutz wird nur gewährt, wenn die einschlägigen Sicherheitsvorschriften/-maßnahmen beachtet werden.

63 Besondere Bedingungen über den Ausschluss von Unfällen im Zusammenhang mit dem Umgang mit leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen

In Ergänzung von § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) sind Unfälle, die in ursächlichem Zusammenhang mit dem Suchen, der Untersuchung, Entschärfung, Sprengung oder sonstigen Tätigkeiten an und mit jeglichen leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen (z. B. Munition, Mienen) stehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

64 Besondere Bedingungen über die Versicherung von Figuranten

Nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle aus der Tätigkeit als Figurant.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der Figurant den allgemein üblichen Schutzanzug trägt, mindestens jedoch einen Schutzärmel.