

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

Zentrale
50735 Köln
Riehler Str. 190

Versicherungsbestätigung
V 74030200/1

Versicherungsschutz wird auf der Grundlage des zwischen dem Fonds zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e. V. und dem DEVK Deutschen Eisenbahn Versicherung, Sach- und HUK-Versicherungsverein a. G., Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn geschlossenen Gruppenvertrages einschließlich der Nachträge gewährt. Es gelten die Regelungen des Gruppenvertrages einschließlich der Versicherungsbedingungen über Unfall- Versicherungsschutz für den Fonds zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e. V. in der jeweils gültigen Fassung.

- **Dienstliche- oder Berufliche Unfallversicherung**
 - Invaliditätsleistung* 7-faches Monatstabellenentgelt/ monatliches Grundgehalt, mindestens 15.000 Euro
 - Unfallkrankenhaustagegeld* bis zu 60 Prozent eines Monatstabellenentgelts/monatlichen Grundgehaltes, höchstens jedoch 100 Euro/Tag
 - Genesungsgeld in Höhe von 50 Prozent des Unfallkrankenhaustagegeldes für die gleiche Dauer, längstens für 100 Tage
 - Leistung im Todesfall* 5-faches Monatstabellenentgelt/ monatliches Grundgehalt, mindestens 10.000 Euro
 - Kurkostenbeihilfe bis zu 5.000 Euro, auch bei unmittelbar erlebten Schienensuizid oder unmittelbar erlebten Suizid als Busfahrer oder tätlichem Angriff und 400 Euro Einmalzahlung bei stationärer Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation oder Kur von mindestens 3 Wochen
 - Sofortleistung bei Schwerverletzungen 5.000 Euro
 - Übernahme von Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis 2.000 Euro
- * Bei der Bemessung der Versicherungssumme ist ausschließlich das Monatstabellenentgelt/ monatliche Grundgehalt ausschlaggebend, welches sich aus der Eingruppierung des für den Arbeitnehmer jeweils geltenden Entgelttarifvertrages bzw. bei Beamten aus der Besoldungsgruppe nach der Bundesbesoldungsordnung ergibt.
- **Dienst- oder Berufsunfähigkeitsversicherung**
 - Übergangsgeld bei Dienst- /Berufsunfähigkeit bis zu 10.000 Euro

- **Unfall-Rente für hinterbliebene Kinder bei dienstlichem/beruflichem Unfalltod der versicherten Person**
 - monatliche Unfallrente für die hinterbliebenen Kinder bis zum Abschluss der Ausbildung längstens jedoch bis zum 27. Lebensjahr. 250 Euro

- **Schmerzensgeld bei Suizid oder tötlichem Angriff**
 - Bei psychischen Störungen durch unmittelbar erlebten Schienensuizid oder Suizid als Busfahrer oder tötlichem Angriff, oder als unmittelbarer Zeuge eines Unfalles, bei dem ein Mensch durch ein Schienenfahrzeug oder Bus überrollt wird und zu Tode kommt oder als Zeuge eines tötlichen Angriffs, bei dem ein Mensch getötet wird, sofern die versicherte Person 30 Tage nach dem Unfall für mindestens eine Woche (7 Tage) arbeitsunfähig krankgeschrieben wird. 500 Euro

- **Leistungen bei gegen die versicherte Person gerichtete Straftaten während der Dienst- oder Arbeitsausübung**
 - Verdoppelung der Versicherungssumme bei Invalidität und Unfall-Krankenhaustagegeld
 - Mitversicherung von kosmetischen Operationen bis 10.000 Euro
 - Umbau- und Umzugskosten bei schwerwiegender Invalidität bis 10.000 Euro
 - Mitversicherung von Schmerzensgeld bis zu 7.500 Euro
 - Brillenersatz bis zu 250 Euro

- **Erweiterung des Unfallbegriffs**
 - Infektionen wie Tollwut, Borreliose, FSME und Impfschäden gelten als Unfall

Alle im Gruppenvertrag definierten Versicherungsnehmer sind nach dem dort niedergelegten Versicherungsbeginn automatisch versichert, sofern sie zu diesem Zeitpunkt ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis bei einem der im Gruppenvertrag genannten Unternehmen geschlossen haben.

Scheidet die versicherte Person aus dem aktiven Dienst- oder Arbeitsverhältnis mit einem genannten Unternehmen aus oder wird die Mitgliedschaft in der am Tarifvertrag beteiligten Gewerkschaft beendet, so endet der aus diesem Gruppenvertrag herrührende Versicherungsschutz mit dem Ablauf des letzten Tages des Ausscheidens- bzw. Beendigungsmonats. Für einen Versicherungsfall, der während des aktiven Dienst- oder Arbeitsverhältnisses bei einem genannten Unternehmen eingetreten ist, bleibt der Versicherungsschutz jedoch auch nach dem Ausscheiden der versicherten Person bestehen. Weiterhin endet der Versicherungsschutz mit dem Datum, zu dem der Gruppenvertrag beendet wird.

Während der Geltungsdauer des Tarifvertrages 2017 zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister oder eines anderen Tarifvertrages der auf diesen Tarifvertrag Bezug nimmt oder entsprechende Leistungen regelt, übernimmt der Fonds zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. erfüllungshalber die Beiträge der Versicherungsnehmer.

Die **Versicherungsbedingungen** können in der jeweils gültigen Fassung unter www.fonds-soziale-sicherung.de (unter Download/Risikoabsicherung) herunter geladen oder per E-Mail (info@fonds-soziale-sicherung.de), Telefon oder Fax beim Fonds soziale Sicherung, Geschäftsstelle, Weilburger Straße 24, 60326 Frankfurt am Main, Telefon: 069 400 50 23-0, Fax: 069-400 50 23-20 angefordert werden.

**Versicherungsbedingungen über Unfall-Versicherungsschutz für den Fonds zur sozialen
Sicherung für Arbeitnehmer der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V.
(Stand 01.01.2019)**

**§ 1
Versicherte Personen**

Versichert sind ausschließlich Personen (Arbeitnehmer und zugewiesene Beamte), die vom Geltungsbereich des „Tarifvertrages zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister (Sozial-SicherungsTV 2017)“ oder eines anderen Tarifvertrages, der auf diesen Tarifvertrag Bezug nimmt oder der entsprechende Leistungen regelt (in der jeweils geltenden Fassung), erfasst werden. Weiterhin müssen sie Mitglied der an diesem Tarifvertrag beteiligten Gewerkschaft sein. Die derzeit gültige Liste der vom Geltungsbereich erfassten Unternehmen ist als Anlage 1 Bestandteil dieses Gruppenvertrages. Gemäß den Bestimmungen des SozialSicherungsTV 2017 sind die in Satz 1 definierten versicherten Personen Versicherungsnehmer.

**§ 2
Versicherungsfall**

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei dienstlichen und beruflichen Unfällen, die bei der versicherten Person beim maßgeblichen Arbeitgeber während der Wirksamkeit des Gruppenvertrages eintreten. Zu den dienstlichen oder beruflichen Unfällen zählen auch die Wegeunfälle, d.h. die direkten Fahrten von und zur Dienststelle oder von und zum Arbeitsplatz.
- II. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

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

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraffanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

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

- III. 1) Als mitversicherter Unfall gilt auch - abweichend von §§ 2 II., 5 II. (3) und (4) - die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen

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

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

- 2) Abweichend von § 5 II. (2) gelten Schutzimpfungen als erstmalige Infektion, soweit gegen die unter 1) genannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- 3) Der Versicherungsschutz für den Einschluss von Infektionskrankheiten nach 1) und 2) beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

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

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

- 4) Abweichend von § 6 I. ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

- IV. Im Rahmen der Leistungsart Übergangsgeld (§ 3 IX.) besteht Versicherungsschutz nur für Unfälle, die dienstlicher oder beruflicher Natur sind, sowie für mittelbar in diesem Zusammenhang mit einem solchen Unfall auftretende Krankheiten.

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

- V. Im Rahmen der Leistungsart Kurkostenbeihilfe (§ 3 V.) besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die dienstlicher oder beruflicher Natur sind, sowie für eine psychische Störung der versicherten Person infolge eines unmittelbar erlebten Schienensuizids oder eines unmittelbar erlebten Suizids als Busfahrer oder eines tätlichen Angriffes. Die versicherte Person muss innerhalb von 30 Tagen nach dem Ereignis für mindestens eine Woche (7 Tage) arbeitsunfähig krankgeschrieben sein.

§ 3 Leistungsarten

I. Invaliditätsleistung

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

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

Hinweis:

Es ist wichtig, diese Frist unbedingt zu beachten, da nach Fristablauf kein Leistungsanspruch mehr besteht. Wir empfehlen: Sollten nach Ablauf eines Jahres vom Unfalltag gerechnet noch Restbeschwerden bestehen, setzen Sie sich bitte mit dem Versicherer in Verbindung.

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

- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
 - c) Werden durch den Unfall 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 (a) 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 die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach Abs. I entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Leistung gemäß Gruppenvertrag:
Versicherungssumme: 7-faches, des für die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalltags gültigen Monatstabellenentgelts/ monatlichen Grundgebhalts mind. 15.000 Euro.

II. Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 6 VI. verwiesen.

Leistung gemäß Gruppenvertrag:
Versicherungssumme: 5-faches des für die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalltags gültigen Monatstabellenentgelts/ monatlichen Grundgebhalts mind. 10.000 Euro

III. Unfall-Krankenhaustagegeld

- (1) Unfall-Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltage an gerechnet.
- (2) Unfall-Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.
- (3) Wird infolge eines versicherten Unfalles zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine ambulante Operation bei der versicherten Person vorgenommen, so erhält dieser das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld für die Dauer von 5 Tagen.

Leistung gemäß Gruppenvertrag:
Versicherungssumme: bis zu 60 Prozent des für die versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalltags gültigen Monatstabellenentgelts/ monatlichen Grundgebhalts höchstens jedoch 100 Euro /Tag.

IV. Genesungsgeld

- (1) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Unfallkrankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 100 Tage und zwar in Höhe von 50 Prozent des Unfallkrankenhaustagegelds.
- (2) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
- (3) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

V. Kurkostenbeihilfe

- (1) Der Versicherer zahlt nach
 - einem Unfall oder
 - sofern die versicherte Person wegen eines unmittelbar erlebten Schienensuizids oder eines unmittelbar erlebten Suizids als Busfahrer oder eines tötlichen Angriffes, innerhalb von 30 Tagen nach dem Ereignis aufgrund einer psychischen Störung für mindestens eine Woche (7 Tage) arbeitsunfähig krankgeschrieben wird, eine Beihilfe bis zu 5.000 Euro.
- (2) Voraussetzung ist, dass die versicherte Person aufgrund eines der (1) genannten Ereignisse eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat, die innerhalb von drei Jahren von einem der in (1) genannten Ereignisse an gerechnet, durchgeführt wurde. Bei der Bemessung der Kurkostenbeihilfe gilt §4.
- (3) Soweit ein Anspruch auf Unfallkrankentagegeld nach III. (1) wegen eines Arbeitsunfalls nicht besteht, zahlt der Versicherer für die durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Beihilfe nach (1), wenn eine unfallbedingte stationäre Anschlussheilbehandlung für den Versicherungsnehmer durchgeführt wurde.
- (4) Wird eine stationäre Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation oder eine Kur für ein in (1) genanntes Ereignis vom Versicherten für mindestens drei Wochen durchgeführt, zahlt der Versicherer einen Einmalbetrag von 400 Euro.
Der Anspruch auf den Einmalbetrag erlischt mit dem Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet.
- (5) Die medizinische Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation oder Kur und der Zusammenhang mit dem Ereignis nach (1) sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

VI. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

In Ergänzung zu Absatz I. erbringt der Versicherer nach einem Unfall einer versicherten Person gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung in Höhe von 5.000 Euro bei folgenden schweren Verletzungen:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- b) Amputation des ganzen Fußes oder der ganzen Hand bzw. Teilamputation von mindestens zwei Fingern oder Zehen
- c) Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- d) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch)
oder
gewebezerstörenden Schäden an zwei inneren Organen
oder
Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
Bruch eines langen Röhrenknochens,
Bruch des Beckens,
Bruch der Wirbelsäule,
gewebezerstörender 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.

VII. Mitversicherung von Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

- (1) Wurden durch das versicherte Unfallereignis Schneide-, Eck- oder Backenzähne einer versicherten Person beschädigt oder gingen diese Zähne verloren, so übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einem Höchstbetrag von 2.000 Euro.

- (2) Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger für die Kosten eintritt, kann der Erstattungsanspruch nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich die versicherte Person unmittelbar an den Versicherer wenden.
- (3) Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

VIII. Unfall-Rente für hinterbliebene Kinder bei dienstlichem/ beruflichem Unfalltod der versicherten Person

- (1) Führt ein Unfall nach § 2 I. und II. innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet zum Tod der versicherten Person wird den hinterbliebenen Kindern (leibliche- oder Stiefkindern) eine Unfall-Rente bis zum Abschluss der Erstausbildung, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, i.H.v. 250 Euro gezahlt.
- (2) Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet und wird monatlich im Voraus gezahlt.
- (3) Bei minderjährigen hinterbliebenen Kindern erfolgt die Zahlung mit befreiender Wirkung an den gesetzlichen Vertreter.
- (4) Der Versicherer kann einmal im Halbjahr einen Nachweis darüber verlangen, dass das hinterbliebene Kind sich noch in der Erstausbildung befindet. Die mit dem Nachweis verbundenen Kosten gehen zu Lasten des hinterbliebenen Kindes. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

IX. Übergangsgeld bei Dienst- oder Berufsunfähigkeit

- (1) Das Übergangsgeld kann von der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen beantragt werden:
 - a) Der Unfall (hierzu zählt auch der tätliche Angriff) oder die daraus mittelbar resultierende Krankheit hat dazu geführt, dass die versicherte Person ihre vereinbarte Tätigkeit für voraussichtlich mindestens ein Jahr nicht mehr ausüben kann (Dienst-/ Berufsunfähigkeit).
 - oder
 - b) Der Unfall (hierzu zählt auch der tätliche Angriff) oder die daraus mittelbar resultierende Krankheit führen für voraussichtlich mindestens ein Jahr zu einer mindestens 50 %-igen Reduzierung der vertraglich vereinbarten bzw. dienstrechtlich zu leistenden täglichen Arbeitszeit in der vertraglich vereinbarten Tätigkeit.

Für (1) lit. a) und b) wird weiterhin vorausgesetzt, dass es durch den Unfall oder die daraus mittelbar resultierende Krankheit zu einem Minderverdienst beim monatlichen vom Arbeitgeber ausgezahlten Nettoentgelt bzw. Nettogehalt gekommen ist.

- (2) Das Übergangsgeld in Höhe von einmalig bis zu 10.000 Euro wird dann fällig, wenn die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Versicherungsfalles nach § 2 III. und § 3 VIII. Ziff. (1) durch ein ärztliches Gutachten feststehen und die versicherte Person den Bezug eines neu berechneten, geringeren Nettoentgelts bzw. Nettogehalts nachweist.
- (3) Für die Zeiten, in denen die versicherte Person wegen des Versicherungsfalles Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bzw. Entgeltersatzleistungen (z.B. Verletzten- oder Krankengeld) erhält, ruht der Anspruch auf Zahlung des Übergangsgeldes, sofern der Versicherte die vor genannten Leistungen für weniger als ein Jahr bezogen hat.
- (4) Das Übergangsgeld wird auch gezahlt, sobald die versicherte Person auf Grund des Versicherungsfalles Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung oder wegen Berufsunfähigkeit erhält. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person beamtenrechtliches Ruhegehalt wegen Dienstunfähigkeit (auch Teildienstfähigkeit) erhält. Dabei ist es gleichgültig, ob die Zahlung der Renten oder des Ruhegehalts befristet oder unbefristet erfolgt, sofern ihre Leistungsdauer mindestens ein Jahr beträgt.
- (5) Der Anspruch erlischt mit dem Ablauf von fünf Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

X. Schmerzensgeld bei Suizid oder tätlichem Angriff

Wird infolge eines

- unmittelbar erlebten Schienensuizids,
- unmittelbar erlebten Suizids als Busfahrer oder
- tätlichen Angriffes

die versicherte Person aufgrund einer psychischen Störung, innerhalb von 30 Tagen nach dem Ereignis mindestens eine Woche (7 Tage) arbeitsunfähig krankgeschrieben, erbringt der Versicherer eine einmalige Entschädigung in Höhe von 500 Euro.

Als tätlicher Angriff gegen die versicherte Person gelten:

- Raub, räuberische Erpressung, räuberischer Diebstahl,
- Bedrohung mit einem gefährlichen Werkzeug (z. B. Messer) sowie
- eine ernsthafte Drohung mit einer das Leben gefährdenden Behandlung

Die versicherte Person ist verpflichtet, den gegen sie gerichteten tätlichen Angriff unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen. Verletzt die versicherte Person diese Obliegenheit, kann der Versicherer gemäß § 7 dieser Versicherungsbedingungen leistungsfrei sein.

Ist die versicherte Person unmittelbarer Zeuge eines Unfalles, bei dem ein Mensch durch ein Schienenfahrzeug oder durch einen Bus überrollt wird und zu Tode kommt, dann steht ihm ebenfalls die einmalige Entschädigung in Höhe von 500 Euro zu. Gleiches gilt, wenn er Zeuge eines tätlichen Angriffs wird, bei dem ein Mensch getötet wird.

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

XI. Leistungen bei gegen die versicherte Person gerichtete Straftaten während der Dienst- oder Berufsausübung

Wird die versicherte Person bei Ausübung ihres Dienstes oder Berufes Opfer einer gegen ihre Gesundheit oder körperliche Unversehrtheit gerichteten Straftat, die durch einen betriebsfremden Dritten begangen wurde, so kann die versicherte Person folgende Leistungen beanspruchen:

(1) Verdoppelung der Versicherungssummen bei Invalidität und Unfall-Krankenhaustagegeld

Die unter § 3 I. niedergelegte Invaliditätsleistung und das in § 3 III. geregelte Unfallkrankenhaustagegeld werden verdoppelt.

(2) Mitversicherung von kosmetischen Operationen

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

deren Höhe insgesamt auf bis zu 10.000 Euro begrenzt ist.

- b. 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 Unfalles 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.
- c. 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 die versicherte Person unmittelbar an den Versicherer halten.

(3) Umbau- und Umzugskosten bei schwerwiegender Invalidität

- a. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person von mindestens 50 Prozent und werden aufgrund dieser Invalidität Umbaumaßnahmen in der von der versicherten Person genutzten Wohnung oder ein Umzug der versicherten Person in eine neue Wohnung erforderlich, so ersetzt der Versicherer diese Kosten.
- b. Die Entschädigung für diese Kosten ist je Versicherungsfall auf 10.000 Euro begrenzt.

(4) Mitversicherung von Schmerzensgeld

Führt der Unfall zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen, so entsteht der Anspruch auf Leistung aus der für Schmerzensgeld versicherten Summe von 7.500 Euro. Die Höhe der Leistung richtet sich ausschließlich nach der versicherten Summe - unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages - und nach dem in der Tabelle festgesetzten Prozentsatz für Schmerzensgeld.

Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, so werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent - max. 7.500 Euro - werden jedoch nicht angenommen.

Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht werden konnte, so 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 Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.

Schmerzensgeldtabelle

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

(5) Brillenersatz

Führt ein mitversicherter Unfall zu einer Beschädigung der Brille, werden die Aufwendungen für eine medizinisch sinnvolle Brille bis zu 250 Euro erstattet. Hierzu zählen Brillengestelle und geschliffene Gläser mit einer Sehschärfenkorrektur von mindestens 0,5 Dioptrien.

(6) Anzeigepflicht

Die versicherte Person ist verpflichtet, die gegen sie gerichtete Straftat unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen. Verletzt die versicherte Person diese Obliegenheit, kann der Versicherer gemäß § 7 dieser Versicherungsbedingungen leistungsfrei sein.

§ 4

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% beträgt. Die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung hat der Versicherer nachzuweisen.

§ 5

Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

I. Unfälle und Krankheiten durch

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn nachgewiesen wird, dass diese Störungen oder Anfälle durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall oder durch eine Krankheit verursacht waren, für die nach den vertraglichen Bestimmungen Versicherungsschutz besteht.

- (2) eine vorsätzliche Begehung oder den strafbaren Versuch einer Straftat durch die versicherte Person.
- (3) Aufruhr, Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- (4) Kernenergie.

II. Gesundheitsschäden als Folge von Unfällen und Krankheiten durch

- (1) Strahlen.
- (2) Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische Maßnahmen, durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen und entweder durch einen Versicherungsfall veranlasst waren oder wenn für die Folgen nach den sonstigen Bestimmungen dieses Vertrages Versicherungsschutz besteht.
- (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.
Vergiftungen durch Nahrungsmittel 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 § 2 II. die überwiegende Ursache ist.
- IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind, es sei denn, sie sind durch einen Versicherungsfall nach § 2 II verursacht worden.
- V. Absichtliche Herbeiführung von Krankheiten durch die versicherte Person, absichtliche Selbstverletzung oder Selbsttötung sowie der Versuch einer solchen Tat.
- VI. Erworbene Immunschwächekrankheit (AIDS).

§ 6

Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

- I. Nach dem 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 im Rahmen seiner Möglichkeiten 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 Entgelt- bzw. Verdienstaufalles trägt der Versicherer.
- V. Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- VI. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies von einem Leistungsberechtigten innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Die Meldung sollte 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.
- VII. Auf die Obliegenheit nach § 3 XI. (6) wird ausdrücklich hingewiesen.

§ 7

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert die versicherte Person ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer der versicherten Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Weist die versicherte Person nach, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

§ 8
Fälligkeit der Leistung

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die die versicherte Person zum Nachweis des Versicherungsfalles (§ 2) und der Folgen des Unfalles oder der Erkrankung beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.

Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer.
- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich die versicherte Person und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

§ 9
Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag steht dem Versicherungsnehmer als versicherte Person zu.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden .