

VDST TAUCHSPORT- VERSICHERUNG

Die beste Tauchsport-Versicherung,
die wir je hatten!



Wenn es nötig ist, fliegen wir Sie nach Hause!

Für Sie ist die Notfall Hotline 24 Stunden täglich erreichbar.

Immer dabei: alle wichtigen Infos stehen auf der Mitgliedskarte

VDST TAUCHSPORT-VERSICHERUNG
die beste Tauchsport-Versicherung, die wir je hatten.
Versicherungsschutz exklusiv über deutsche Versicherung

HDI **EUROPEA**
NOTFALL-HOTLINE
für Ihre medizinischen Anliegen
+49 69 800 88 616

VERBODEN
WASSERS
VST

INHALTSÜBERSICHT

I. EINFÜHRUNG UND ALLGEMEINES	3
II. SPORT-VERSICHERUNGSVERTRAG	4
Abschnitt A – Unfallversicherung	4
§1 Gegenstand der Versicherung / §2 Versicherte Personen	4
§3 Umfang des Versicherungsschutzes	4
§4 Versicherungsleistungen	7
Abschnitt B – Haftpflichtversicherung	14
§1 Versichertes Risiko	14
§2 Gegenstand der Versicherung	15
§3 Versicherte Schäden / §4 Versicherte Personen / §5 Örtlicher Geltungsbereich	16
§6 Ansprüche Versicherter untereinander / §7 Tauchausbilder mit gültiger Lizenz	16
§8 Besondere Formen der Ausübung des Tauchsports	16
§9 Unterwasserfahrzeuge / §10 Deckungssummen je Versicherungsfall	17
§11 Versicherungsbedingungen	18
§12 Deckungserweiterungen / §13 Sonstige Vereinbarungen	19
Abschnitt C– Rechtsschutzversicherung	19
§1 Gegenstand der Versicherung	19
§2 Besondere Vereinbarungen	20
§3 Sonderbedingungen	21
§4 Erläuterungen / Sonstige wichtige Hinweise zur Rechtsschutzversicherung	22
III. AUSLANDSREISEKRANKENVERSICHERUNG	24
§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	24
§2 Beginn des Versicherungsschutzes	24
§3 Umfang der Leistungspflicht	25
§4 Kostenübernahme / §5 Einschränkung der Leistungspflicht	27
§6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	28
§7 Ende des Versicherungsschutzes	29
§8 Beitragszahlung / §9 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles	30
§10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	31
§11 Obliegenheiten bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles	31
§12 Aufrechnung	31
§13 Willenserklärungen und Anzeigen	32
§14 Meldung von Adress/Namensänderungen	32
§15 Gerichtsstand / §16 Verjährung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen	32
§17 Frist bei Meinungsverschiedenheiten	32
IV. WICHTIGE HINWEISE IM SCHADENFALL	34
A Sport-Versicherungsvertrag	34
1. Allgemeines	34
2. Unfallversicherung	35
3. Haftpflichtversicherung	35
4. Rechtsschutzversicherung	36
B Auslandsreise- Krankenversicherung	36

Die VDST Tauchsport-Service GmbH (nachstehend „VDST“ genannt) hat im Auftrag des VDST e.V. mit HDI Versicherung AG (nachstehend „Versicherer“ genannt) einen Sport-Versicherungsvertrag mit den Versicherungsarten

- **Unfall:** V-057-314-601-1
- **Haftpflicht:** V-068-812-155-7 (Risikoträger HDI Versicherung AG)
- **Rechtsschutz:** 1.03.0677339 (Risikoträger Roland Rechtsschutz-Versicherungs-AG)

Mit der EUROPA Versicherung AG ist zudem eine **Auslandsreise-Krankenversicherung mit Taucherhotline** abgeschlossen.

Die auf dieser Grundlage zwischen dem VDST, der HDI-Versicherungs AG, Roland Rechtsschutz-Versicherungs-AG und EUROPA Versicherung AG getroffenen Vereinbarungen sind nachfolgend aufgeführt. Vereinsvorständen wird empfohlen, diese Vereinbarungen in Rundschreiben oder Versammlungen, zumindest auszugsweise, ihren Vereinsmitgliedern bekannt zugeben.

Auskunft und Beratung in allen Versicherungsfragen finden Sie hier

Sport-Versicherungsvertrag

Generalvertretung für HDI Vertriebs AG

Thiergartenstr. 111B, 63654 Büdingen

Stefan Dörfler: stefan.doerfler@hdi.de, Tel. 06042-9787591 Fax 0511-6451150888

Auslandsreise-Krankenversicherung

EUROPA Versicherung AG

Piusstr. 137, 50931 Köln

Frau Bertelsmann, Tel. 0221-5737261, Fax 0221-5737382, svk2@europa.de

Bei Schadensmeldungen bitte unter **“Wichtige Hinweise im Schadenfall”** nachlesen.

WICHTIGER HINWEIS

- Versichert sind nur **aktiv** gemeldete Vereinsmitglieder der VDST-Mitgliedsvereine und VDST-Direktmitglieder.
- Kinder bis 6 Jahre sind versichert mit der Auslandsreise-Krankenversicherung über EUROPA Versicherung AG; ab 6 Jahre beim Schnuppertauchen auch über HDI; ab 8 Jahre in vollem Umfang auch mit Drucklufttauchgerät.
- Passive Vereinsmitglieder sind von der Versicherung ausgeschlossen. Passive Vereinsmitglieder sind Mitglieder, die aktiv am Vereinsleben teilnehmen, aber **nicht tauchen**.

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Meldung beim VDST in der Mitgliederverwaltung (§8 Abs. 3 VDST-Satzung). Der Versicherungsschutz endet mit der Passivmeldung in der Mitgliederverwaltung des VDST bzw. mit Austritt aus dem VDST-Mitgliedsverein.

Die Versicherungsverträge gelten vom VDST mit der HDI-Versicherungs AG, der Roland Rechtsschutz-Versicherungs-AG und der EUROPA Versicherung AG für die Dauer der Mitgliedschaft im Namen und für Rechnung der Versicherten als abgeschlossen.

Maßgebend für Versicherungsleistungen im Schadenfall sind grundsätzlich die dem VDST vorliegenden Versicherungsverträge einschließlich Bedingungen.

II. SPORT-VERSICHERUNGSVERTRAG

Abschnitt A – Unfallversicherung

§1 Gegenstand der Versicherung

Die HDI Versicherung AG gewährt zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2004), den Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung und den nachfolgenden Bestimmungen Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen körperlicher Sportunfälle, von denen die Versicherten bei einer der in §2 genannten Tätigkeiten im In-oder Ausland betroffen werden.

§2 Versicherte Personen

Versichert sind nur die als **aktiv** gemeldeten Vereinsmitglieder der VDST-Mitgliedsvereine sowie VDST-Direktmitglieder vom vollendeten 6. Lebensjahr an.

§3 Umfang des Versicherungsschutzes

1. Versicherte Tätigkeiten

Die Versicherung umfasst Unfälle, die den Versicherten bei VDST-, Landesverbands- und Vereins-Veranstaltungen sowie bei Einzelunternehmungen zustoßen

a) bei der Ausübung oder bei der ehrenamtlichen Ausbildung

- des Schnorchelns

sowie des

- Tauchsports mit Luft oder mit Nitrox bis 40% Sauerstoff als Atemgas befüllten Druckgastauchgeräten unter Wasser, insbesondere auch bei folgenden Aktivitäten:

- Nachttauchen
- Tauchen mit Scooter
- Trockentauchen, Halbtrockentauchen, Nasstauchen, Tauchen ohne Anzug
- Tauchen mit sog. „Overheadbedingungen“, wie insbesondere Tauchen in Meereshöhlen, Höhlen, Bergwerken, Wracktauchen, Eistauchen
- Tauchen mit Backmount-, Sidemount-, Frontmount-, Upside-Down Ausrüstung

b) bei der Ausübung des Apnoe-Tauchens (siehe aber Ziff. 6 d);

c) während des Aufenthaltes in oder auf dem Wasser, sofern dieser im Zusammenhang mit einem Tauchgang oder Tauchversuch (z. B. zur Gewässererkundung oder zur Vorbereitung des Tauchgangs/ -versuchs oder Einholung des Gerätes) steht sowie während der Pausen zwischen den Tauchgängen auf dem Boot;

d) bei der Rettung von Menschenleben während des Aufenthaltes in oder auf dem Wasser;

e) bei der Wartung und Pflege von Tauchgeräten (nicht jedoch im häuslichen Bereich) bzw. deren Bergung bei Verlust im Wasser;

f) bei der Teilnahme an Tauchsportveranstaltungen des VDST, seiner Landesverbände und Vereine;

g) bei der Teilnahme an Wettkämpfen anderer Sportorganisationen, wenn der Versicherte vom VDST; einem Landesverband oder seinem Verein offiziell gemeldet ist.

Der Versicherungsschutz beginnt

- zu a) bis d) unmittelbar vor Beginn des Tauchganges mit dem Anlegen der Tauchausrüstung oder dem Betreten des Bootes und endet mit dem Verlassen des Gewässers bzw. des Bootes. Darüberhinaus ist der direkte Weg zwischen Tauchbasis und Tauchplatz sowie der direkte Weg zurück, inkl. des Einstiegs in das Transportmittel, mitversichert.
- zu e) bis g) mit dem Betreten der Veranstaltungsstätte und endet mit deren Verlassen.

2. Wegeunfälle

Wegeunfälle sind unter Benutzung von Beförderungsmitteln aller Art in folgendem Rahmen mitversichert:

- a) weltweit bei Einsätzen in den VDST-Nationalmannschaften oder bei der Teilnahme an VDST- und Landesverbandsveranstaltungen (wie z.B. Meisterschaften, Wettkämpfe, Lehrgänge, Prüfungen, Foto- und Film- Wettbewerbe),
- b) innerhalb der Bundesrepublik Deutschland (in Abänderung von Ziffer 1.2 AUB) bei der Teilnahme an Vereinsveranstaltungen.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Verlassen der Wohnung und endet bei Rückkehr mit deren Wiederbetreten.

Der Versicherungsschutz bei Wegeunfällen entfällt, sobald die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und/oder eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird, es sei denn, dass der zeitliche und räumliche Zusammenhang mit der Veranstaltung gewahrt ist.

3. Richtlinien für die Kindertauchausbildung

Versichert sind Kinder ab dem

- a. sechsten bis zum achten Lebensjahr nur beim Schnorcheln;
- b. achten Lebensjahr an auch bei der Verwendung eines Drucklufttauchgerätes (DTG).

4. Deckungserweiterungen

a. Tauchtypische Unfälle

In Erweiterung von Ziffer 1.3 AUB gelten auch als Unfälle

- der Ertrinkungs- bzw. Erstickungs-Tod unter Wasser,
- tauchtypische Gesundheitsschäden (wie z.B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung, Barotraumata),

ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis festgestellt werden kann.

b. Besondere Formen der Ausübung des Tauchsports

Bei folgenden Formen der Ausübung des Tauchsports unter Wasser besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherte zum Zeitpunkt des Eintritts des versicherten Risikos (Schadensfalls)

- sich im Besitz eines gültigen Brevets des VDST oder einer vom VDST anerkannten Institution (bspw. Verband, Tauchausbildungsorganisation, Tauchausbildungsfirma etc.)
- oder sich in einer Ausbildung zu einem solchen Brevet des VDST oder einer vom VDST

anerkannten Institution (bspw. Verband, Tauchausbildungsorganisation, Tauchausbildungsfirma etc.)

befindet:

- Tauchen mit Kreislaufgeräten aller Arten (insbesondere halb-geschlossene Geräte, geschlossene Geräte, Geräte mit Sauerstoff, Geräte mit Nitrox-Fertiggemischen oder Geräte mit getrennten Systemen mit Sauerstoff und Füllgas (sog. Diluent)).
- Tauchen mit von Luft oder Nitrox bis 40% Sauerstoff abweichenden Mischgasen (wie bspw. Nitrox über 40% Sauerstoff, Trimix, Heliox) oder reinem Sauerstoff als Atemgas, es sei denn, solches Atemgas wird in einem Notfall geatmet.

c. Wasserfahrzeuge

Mitversichert sind Unfälle bei der Verwendung von Batterie betriebenen Unterwasserfahrzeugen (wie z.B. Aquazep, Unterwasserscooter) als Zughilfe unter Wasser.

d. Umweltschutz/ Unterwasserarchäologie

Tätigkeiten/Aktivitäten der VDST-Mitglieder im Rahmen von VDST- und Vereinsveranstaltungen, die dem Umweltschutz (z.B. Gewässeruntersuchungen, Säuberung von Gewässern) oder der Unterwasserarchäologie (Erforschung kulturgeschichtlicher Funde) dienen, sind im vertragsgemäßen Rahmen versichert.

Versicherungsschutz besteht auch für Aktivitäten, die mit einer Diplom- oder Doktorarbeit im direkten Zusammenhang stehen.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die genannten Tätigkeiten/Aktivitäten im Auftrag von Dritten (z.B. Umweltamt, Feuerwehr, oder anderen Behörden/Organisationen) durchgeführt werden.

e. Tauchlehrer

Tätigkeiten der VDST-Mitglieder, die sie als Tauchlehrer auf einer Tauchbasis wahrnehmen, sind im vertragsgemäßen Rahmen mitversichert.

f. Tauchlehrerassistent

Tätigkeiten der VDST-Mitglieder, die sie als (Tauchlehrer-)Assistent auf einer Tauchbasis wahrnehmen, sind im vertragsgemäßen Rahmen mitversichert.

Voraussetzung hierfür ist, dass diese Tätigkeit ehrenamtlich ausgeübt wird, das heißt, das Mitglied erhält für diese Tätigkeit von der Tauchbasis nur eine Aufwandsentschädigung (wie freie An- und Abreise, Verpflegung und Unterkunft, Taschengeld), also kein Gehalt oder Honorar. Darüber hinaus darf der Aufenthalt nicht länger als sechs Wochen betragen.

5. Deckungseinschränkungen

Terror-Risiken: Ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen und ungeachtet etwaiger abweichender Bestimmungen gilt für durch Terrorakte verursachte Unfälle sowie für Kosten jeder Art im Zusammenhang mit Terrorakten eine Höchstleistung des Versicherers von insgesamt 5.000.000,00 EUR je Unfallereignis und Versicherungsjahr.

Terrorakte sind jegliche Handlungen von Personen oder Personengruppen zur Erreichung

politischer, religiöser, ethnischer, ideologischer oder ähnlicher Ziele, die geeignet sind, Angst und Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder eine staatliche Einrichtung Einfluss zu nehmen.

6. Ausschlüsse

Versicherungsschutz besteht nicht,

- a. wenn der Versicherte den Tauchgang (Tauchversuch) alleine oder ohne einen brevetierten Begleiter vornimmt;
- b. für Gesundheitsschäden, die im Zusammenhang mit einer bewusst herbeigeführten Hyperventilation stehen;
- c. für Unfälle bei der Ausübung des Berufes des Versicherten, auch wenn der Beruf im Auftrage oder Interesse des VDST, eines Landesverbandes oder Vereins ausgeübt wird (siehe aber Ziffer 4e, f);
- d. wenn das Apnoe-Tauchen nicht gemäß den VDST-Richtlinien durchgeführt wird;

§4 Versicherungsleistungen

1. Die Versicherungssummen betragen je versicherte Person

Leistungsarten	Versicherte vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 67. Lebensjahr	Versicherte bis zum vollendeten 16. Lebensjahr	Versicherte vom vollendeten 67. Lebensjahr Mitglieder, die 70 Jahre und älter sind, müssen jährlich eine tauchmedizinische Untersuchung nachweisen.
für den Invaliditätsfall (§ 2.1 AUB) bei Vollinvalidität (Ziffer 2 (1) a))	40.000,00 EURO 60.000,00 EURO	40.000,00 EURO 60.000,00 EURO	20.000,00 EURO 30.000,00 EURO
Versicherte ohne gültige Tauchtauglichkeitsuntersuchung	30.000,00 EURO	30.000,00 EURO	
bei Vollinvalidität	45.000,00 EURO	45.000,00 EURO	
<i>Im Versicherungsfall ist die Tauchtauglichkeitsbescheinigung vorzulegen.</i>			

<u>für den Todesfall*</u> (§ 2.6 AUB)		5.000,00 EURO	
für Nichtverheiratete	7.500,00 EURO		2.000,00 EURO
für Verheiratete	10.000,00 EURO		4.000,00 EURO
für Versicherte mit bis zu zwei unterhaltsberechtigten Kindern**) (13.000,00 EURO	13.000,00 EURO		5.000,00 EURO
für Versicherte mit 3 und mehr unterhaltsberechtigten Kindern**) (15.000,00 EURO	15.000,00 EURO		5.000,00 EURO
<u>für Heilkosten</u> (Ziffer 2. (2) dieses Vertrages)	15.000,00 EURO	15.000,00 EURO	15.000,00 EURO
Versicherte ohne gültige Tauchtauglichkeitsuntersuchung	7.500,00 EURO	7.500,00 EURO	7.500,00 EURO
im Versicherungsfall ist die Tauchtauglichkeitsbescheinigung vorzulegen.			
<u>für ambulante und stationäre Deko-Behandlungskosten</u> einschl. hyperbarer Sauerstofftherapie (HBO), soweit ärztlich angeordnet	30.000,00 EURO	30.000,00 EURO	30.000,00 EURO
<u>für Bergungskosten</u> (§ 2.7 AUB)	15.000,00 EURO	15.000,00 EURO	15.000,00 EURO

Versicherte, die in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft zusammenleben, sind den Verheirateten gleichgestellt mit der Folge, dass der Partner der Lebensgemein-/Lebenspartnerschaft wie ein Ehegatte behandelt wird.

*) Begünstigt sind für den Fall des Todes bei

- Nichtverheirateten (Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen ohne Kinder) die Eltern, Adoptiv- und Stiefeltern;
- Verheirateten mit unterhaltsberechtigten Kindern die Ehefrau/ der Ehemann und die unterhaltsberechtigten Kinder;
- Nichtverheirateten mit unterhaltsberechtigten Kindern die unterhaltsberechtigten Kinder.

Bei mehreren Bezugsberechtigten sind die Quoten wie bei der gesetzlichen Erbfolge zu berechnen. In Zweifelsfällen ist der Versicherer berechtigt, an die Erben gemäß Erbschein zu zahlen.

**) Als unterhaltsberechtigter Kinder gelten:

- eheliche, nichteheliche und für ehelich erklärte Kinder,
- Adoptivkinder,

Stiefkinder, die im Haushalt des Versicherten aufgenommen sind, sofern sie das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden und das 27. Lebensjahr noch nicht erreicht haben oder wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten. Eine Unterhaltsberechtigung ist im Zweifelsfall dann anzunehmen, wenn für das Kind Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz oder dem EStG gezahlt wird. In diesen Fällen ist der Nachweis über die Kindergeldberechtigung durch die Hinterbliebenen durch Vorlage des Kindergeldbescheides des zuständigen Arbeitsamtes zu führen.

2. Beschreibung der Leistungsarten

(1) Invalidität

a. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherten beim Versicherer geltend gemacht worden. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

b. Art und Höhe der Leistung

ba) Die Invaliditätsleistung wird gezahlt als Kapitalbetrag bei Unfällen der Versicherten vor Vollendung des 65. Lebensjahres, als Rente nach Ziffer 2.1. 2.3 AUB bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

bb) Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt entsprechender Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

bc) Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
- bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
- 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%

bd) Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

be) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Absatz bc) und bd) zu bemessen.

bf) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

bg) Bei einem Invaliditätsgrad von 1- 50 % erfolgt die Leistung nach der Feststellung, von 51-100 % wird der 50% übersteigende Satz zweifach entschädigt. Bei einem festgestellten Invaliditätsgrad von 90 % und mehr wird die volle Invaliditätssumme zur Verfügung gestellt.

Progressionsstaffel

Versicherungsleistung mit gültiger Tauchtauglichkeitsuntersuchung			Versicherungsleistung ohne gültige Tauchtauglichkeitsuntersuchung		
Invaliditätsgrad in %	Leistungen in %	Entschädigung in €	Invaliditätsgrad in %	Leistungen in %	Entschädigung in €
90	150	60.000	90	150	45.000
85	120	48.000	85	120	36.000
80	110	44.000	80	110	33.000
75	100	40.000	75	100	30.000
70	90	36.000	70	90	27.000
65	80	32.000	65	80	24.000
60	70	28.000	60	70	21.000
55	60	24.000	55	60	18.000
50	50	20.000	50	50	15.000
45	45	18.000	45	45	13.500
40	40	16.000	40	40	12.000
35	35	14.000	35	35	10.500
30	30	12.000	30	30	9.000
25	25	10.000	25	25	7.500
20	20	8.000	20	20	6.000
15	15	6.000	15	15	4.500
10	10	4.000	10	10	3.000
5	5	2.000	5	5	1.500
1	1	400	1	1	300

2) Tod

a. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dem Versicherer dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

b. Höhe der Leistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

(3) Heilkosten

a. Umfang der Leistungen

Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenden notwendigen Kosten des Heilverfahrens, für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandszeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.

Ausgeschlossen vom Heilkostenersatz sind

- Selbstbeteiligungen sowie Beitragsrückvergütungen bei Krankenversicherungen, Rezeptgebühren, Verlust und Abhandenkommen von Prothesen (auch Zahnprothesen),
- die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

b. Voraussetzung für die Leistung

Heilkostenersatz wird nur insoweit gewährt, als andere Kostenträger (z.B. Krankenkasse, private Unfallversicherer im Rahmen der Unfall-Heilkostenversicherung, Beihilfe- und Versorgungseinrichtungen) ihre Leistungen voll erfüllt und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben.

c. Höhe der Leistung

Soweit ein Anspruch auf Heilkostenersatz im Rahmen dieses Vertrages besteht, werden für die Behebung der Unfallfolgen die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenden notwendigen Kosten des Heilverfahrens bis zur Höhe der Versicherungssumme ersetzt. Hierunter fallen auch Kosten

ca) für Behandlung und notwendigen Ersatz natürlicher Zähne bis zu 3.000,- EURO je Versicherungsfall,

cb) für Behandlung und notwendigen Ersatz künstlicher Zähne bis zu 30,- EURO für jeden beschädigten künstlichen Zahn und Schadenfall.

d. Krankenhausbehandlung

Die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlung werden im Rahmen der Sätze der allgemeinen Pflegeklasse erstattet. Darüberhinaus werden bis zur Höhe der versicherten Summen die Kosten für eine ärztlich angeordnete hyperbare Sauerstofftherapie (HBO-Therapie) übernommen.

e. Ausgeschlossene Sportunfälle

Nichtkrankenversicherte oder Versicherte deren Krankenversicherung Sportunfälle ausschließt, haben sich an dem so ermittelten Erstattungsbetrag mit 30% zu beteiligen.

f. Für Kinder und Jugendliche gilt zusätzlich folgendes

Bei Verlust von Zähnen wird die in Absatz c) genannte Frist von einem Jahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.

(4) Bergungskosten

a. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen unter den Vertrag fallenden Unfall erlitten.

b. Höhe der Leistung

Der Versicherer leistet insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme die entstandenen notwendigen Kosten für

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

bb) Hat die versicherte Person für Kosten einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

bc) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.

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

be) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

bf) 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 Versicherte unmittelbar an den Versicherer halten.

Sonstige wichtige Hinweise zur Unfallversicherung

1. Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen? (Ziffer 3 AUB)

Der Versicherer leistet für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt,

mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

2. Welche Fälle schließen Versicherungsschutz aus? (Auszug Ziffer 5 AUB)

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie auch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter den Versicherungsschutz fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
- b. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- c. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
- d. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- e. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis die überwiegende Ursache ist.
- f. Bauch- und Unterleibsbrüche.

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

3. Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Ziffer 7 AUB)

- a. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten.
- b. Die vom Versicherer übersandte Unfallschadenanzeige muss der Versicherte wahrheitsgemäß ausfüllen und dem Versicherer unverzüglich zurücksenden; vom Versicherer darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- c. Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- d. 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.

II. SPORT-VERSICHERUNGSVERTRAG

4. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? (Ziffer 8 AUB)

Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verliert die versicherte Person den Versicherungsschutz, es sei denn, die versicherte Person hat die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behält die versicherte Person insoweit den Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat. Bei vorsätzlicher Verletzung behält die versicherte Person in diesen Fällen den Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, die Interessen des Versicherers ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn der versicherten Person kein erhebliches Verschulden trifft.

5. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag? (Ziffer 15 AUB)

- a. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.
- b. Hat die versicherte Person einen Anspruch beim Versicherer angemeldet, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang der Entscheidung des Versicherers in Textform bei der Fristberechnung nicht mit.

6. Welches Gericht ist zuständig? (Ziffer 16 AUB)

- a. Für Klagen, die aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer erhoben werden, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nachdem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
- b. Klagen des Versicherers gegen die versicherte Person können bei dem für den Wohnsitz der versicherten Person zuständigen Gericht erhoben werden.

7. Welches Recht findet Anwendung? (Ziffer 18 AUB)

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Abschnitt B – Haftpflichtversicherung

Umfang des Versicherungsschutzes von VDST-Vereins- und Direktmitgliedern

§1 Versichertes Risiko

1. Versicherte Tätigkeiten

Versichert ist die persönliche gesetzliche Haftpflicht der Versicherten

- a. bei der Ausübung oder bei der ehrenamtlichen Ausbildung

- des Schnorchelns

sowie des

- Tauchsports mit Luft oder mit Nitrox bis 40 % Sauerstoff als Atemgas befüllten Druckgastauchgeräten unter Wasser, insbesondere auch bei folgenden Aktivitäten:

- Nachtauchen
 - Tauchen mit Scooter
 - Trockentauchen, Halbtrockentauchen, Nasstauchen, Tauchen ohne Anzug
 - Tauchen mit sogenannten Overheadbedingungen, wie insbesondere Tauchen in Meeresgrotten, Höhlen, Bergwerken, Wracktauchen, Eistauchen
 - Tauchen in Backmount-, Sidemount-, Frontmount-, Upside-Down Ausrüstung
- b. während des Aufenthaltes in oder auf dem Wasser, sofern dieser im Zusammenhang mit einem Tauchgang oder Tauchversuch (z. B. zur Gewässererkundung oder zur Vorbereitung des Tauchgangs/-versuchs oder Einholung des Gerätes) steht,
- c. bei der Rettung von Menschenleben während des Aufenthaltes im oder auf dem Wasser;
- d. bei der Wartung und Pflege von Tauchgeräten (nicht jedoch im häuslichen Bereich) bzw. deren Bergung bei Verlust im Wasser;
- e. bei der Teilnahme an Tauchsportveranstaltungen des VDST, seiner Landesverbände und Vereine;
- f. bei der Teilnahme an Wettkämpfen anderer Sportorganisationen, wenn der Versicherte vom VDST, einem Landesverband oder seinem Verein offiziell gemeldet ist.

Der Versicherungsschutz beginnt

- zu a) bis c)
 - unmittelbar vor Beginn des Tauchganges mit dem Anlegen der Tauchausrüstung oder dem Betreten des Bootes und endet mit dem Verlassen des Gewässers bzw. des Bootes,
- zu d) bis f)
 - mit dem Betreten der Veranstaltungsstätte und endet mit deren Verlassen.

2. Wegeunfälle

Wegeunfälle sind in folgendem Rahmen mitversichert:

- a. weltweit bei Einsätzen in den VDST-Nationalmannschaften oder bei der Teilnahme an VDST- und Landesverbands-Veranstaltungen (wie z.B. Meisterschaften, Wettkämpfe, Lehrgänge, Prüfungen, Foto- und Film-Wettbewerbe),
- b. innerhalb Deutschlands bei der Teilnahme an Vereinsveranstaltungen.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Verlassen der Wohnung und endet bei Rückkehr mit deren Wiederbetreten.

Der Versicherungsschutz bei Wegeunfällen entfällt, sobald die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und/oder eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird, es sei denn, dass der zeitliche und räumliche Zusammenhang mit der Veranstaltung gewahrt ist.

§2 Gegenstand der Versicherung

Die HDI Versicherung AG gewährt im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Haftpflichtversicherung (AHB), der gesetzlichen Bestimmungen und der nachfol-

genden Vereinbarungen den Versicherten Haftpflichtversicherungsschutz für die Ausübung des Tauchsports, wenn und soweit für dieses Risiko kein Versicherungsschutz über die regionalen Landessportbünde/-verbände geleistet wird.

§3 Versicherte Schäden

Personen-, Sach- und Vermögensschäden

§4 Versicherte Personen

Versichert sind nur die als aktiv gemeldeten Vereinsmitglieder der Mitgliedsvereine des VDST und die Direktmitglieder im VDST vom vollendeten 6. Lebensjahr an.

§5 Örtlicher Geltungsbereich

- weltweit
- Abweichend davon gilt vorgenannte Regelung zu „Wegeunfälle“

§6 Ansprüche Versicherter untereinander

Abweichend von A 4.2.7, erster und zweiter Bindestrich der H 2050 gilt für Personen- und Sachschäden folgendes vereinbart:

Eingeschlossen sind – abweichend von Ziff. 7.4 AHB in Verbindung mit Ziff. 7.5 AHB – Haftpflichtansprüche mitversicherter natürlicher Personen untereinander, und zwar wegen

- a. eines Versicherten gegen einen Versicherten eines anderen Vereins des VDST aus Sachschäden, ausgenommen Schäden an der Tauchausrüstung
- b. eines Versicherten gegen eine vom VDST, seinen Landesverbänden und Vereinen bestellte Aufsichtsperson wegen Verletzung ihrer Aufsichtspflicht aus Personen- und Sachschäden, wenn die Aufsichtstätigkeit unentgeltlich ausgeübt wird;
- c. von Vereinsmitgliedern bei gegenseitigen Ansprüchen aus Sach- und Personenschäden, ausgenommen Schäden an der Tauchausrüstung.

§7 Tauchausbilder mit gültiger Lizenz

Versichert ist die persönliche gesetzliche Haftpflicht der Tauchsportausbilder bei Schnupper-Veranstaltungen (keine Kurse) der VDST-Mitgliedsvereine dann, wenn für dieses Risiko kein Versicherungsschutz über den Landessportbundvertrag, über den der Verein als Mitglied organisiert ist, gegeben ist.

Versichert ist der gesetzliche Haftpflichtanspruch des Nichtvereinsmitgliedes gegen den Tauchausbilder wegen Verletzung seiner Aufsichtspflicht aus Personen- und Sachschäden, vorausgesetzt, eine Tauchtiefe von 5 Metern wird nicht überschritten.

§8 Besondere Formen der Ausübung des Tauchsports

Bei folgenden Formen der Ausübung des Tauchsports unter Wasser besteht Versiche-

ungsschutz, wenn der Versicherte zum Zeitpunkt des Eintritts des versicherten Risikos (Schadenfalls)

- sich im Besitz eines gültigen Brevets des VDST oder einer vom VDST anerkannten Institution (bspw. Verbandes, Tauchausbildungsorganisation, Tauchausbildungsfirma etc.
- oder sich in einer Ausbildung zu einem solchen Brevet des VDST oder einer vom VDST anerkannten Institution (bspw. Verbandes, Tauchausbildungsorganisation, Tauchausbildungsfirma etc.

befindet

- Tauchen mit Kreislaufgeräten aller Arten (insbesondere halbgeschlossene Geräte, geschlossene Geräte, Geräte mit Sauerstoff, Geräte mit Nitrox-Fertiggemischen oder Geräte mit getrennten Systemen mit Sauerstoff und Füllgas (sog. Diluent)).
- Tauchen mit von Luft oder Nitrox bis 40 Sauerstoff % abweichenden Mischgasen (wie beispielsweise Nitrox über 40 % Sauerstoff, Trimix, Heliox) oder reinem Sauerstoff als Atemgas, es sei denn, solches Atemgas wird in einem Notfall geatmet.

§9 Unterwasserfahrzeuge

Versichert ist die persönliche gesetzliche Haftpflicht aus der Verwendung batteriebetriebener Unterwasserfahrzeuge (wie z.B. Aquazep, Unterwasserscooter) als Zughilfe unter Wasser. Ausgeschlossen ist jedoch die Haftpflicht als Halter dieser Fahrzeuge.

§10 Deckungssummen je Versicherungsfall

- 3.000.000 EURO Pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

begrenzt auf:

- 3.000.000 EURO Mietsachschäden durch Brand, Explosion, Leitungs- und Abwasser
- 3.000.000 EURO sonstige Tätigkeitsschäden
- 750.000 EURO sonstige Vermögensschäden/Abhandenkommen
- 50.000 EURO Aktive Werklohnklage
- 50.000 EURO sonstige Mietsachschäden
- 300.000 EURO für Aufwendungen vor Eintritt des Versicherungsfalles im Rahmen der Umwelthaftpflicht-Basisversicherung (max. 1-fach p.a.)

Deckungssummen für die Umweltschadens-Basisversicherung (falls vereinbart)

- 1.000.000 EURO (max. 1-fach p.a.)

Begrenzung gemäß vereinbarter Deckungssumme für Aufwendungen und Kosten auf

20% für Kosten der Ausgleichsanierung

50% für neue Risiken

20% für Aufwendungen vor dem Versicherungsfall

Deckungssumme für Ansprüche aus Benachteiligungen

100.000 EURO pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Doppelte der genannten Deckungssummen.

§11 Versicherungsbedingungen

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) - Form H 600 -
- Firmen-Haftpflichtversicherung Handel, Handwerk und Gewerbe - Form H 2050 -
- Zusatzbedingungen zur Haftpflichtversicherung von Ansprüchen aus Benachteiligungen als Anhang zur Betriebs- und Berufs-Haftpflichtversicherung – Form H 610
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Umweltschadens-Basisversicherung (USV-Basis) - H 2092 – (sofern vereinbart)

Die nachstehend aufgeführten Versicherungsleistungen beschreiben den Versicherungsschutz ausschnittsweise. Erläuterungen, Ergänzungen und Ausschlussbestimmungen hierzu sind in den vorstehend genannten Versicherungsbedingungen geregelt.

- Versichert sind alle betrieblichen Aktivitäten im Rahmen des Betriebscharakters einschließlich der branchenüblichen Nebenrisiken
- Vorsorgeversicherung im Rahmen der Vertragsdeckungssummen
- Beauftragung von Subunternehmern (ohne deren persönliche gesetzliche Haftpflicht)
- Bauherren-Haftpflicht für betriebliche Bauvorhaben
- Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht für betriebliche Grundstücke und vermietete betriebliche Grundstücke
- Auslandsschäden weltweit
- Produkthaftpflicht inkl.
 - Personen- und Sachschäden aufgrund von Sachmängeln infolge Fehlens von vereinbarten Eigenschaften
- Vertraglich übernommene Haftung
- Mietsachschäden durch Brand, Explosion, Leitungs- und Abwasser
- Be- und Entladeschäden
- Leitungsschäden
- sonstige Tätigkeitsschäden
- sonstige Mietsachschäden an beweglichen Sachen
- Ansprüche Versicherter untereinander
- Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften
- Mängelbeseitigungsnebenkosten
- Nichtzulassungs- und nichtversicherungspflichtige Kraftfahrzeuge
- Abhandenkommen von Sachen
- Abhandenkommen von fremden Schlüsseln
- Medienverluste

- Energiemehrkosten
- Ansprüche infolge der Fehlberatung aus dem Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG)
- Schäden durch Nutzung von Internet-Technologien
- Schäden durch Datenverlust
- Kosten durch versehentlich ausgelösten Fehlalarm
- Umwelt-Haftpflicht- und Umweltschadens-Basisversicherung einschließlich
 - Anlagen-Risiken für gelagerte Kleingebinde mit Gesamtfassungsvermögen bis zu 1.000l/kg, Einzelgebinde max. 250l/kg und einen Heizöltank mit einem Fassungsvermögen von bis zu 10.000 l
 - Abwasseranlagen für häusliche Abwässer (Sanitär- und Regenabwässer)
 - einen betrieblichen Öl-, Fett-, Benzin- oder Leichtflüssigkeitsabscheider
 - Regressrisiko
 - Basisrisiko

§12 Deckungserweiterungen

Mitversichert sind die nachstehenden Deckungstatbestände:

- Ansprüchen aus Benachteiligungen
- Umweltschadensversicherung

§13 Sonstige Vereinbarungen

Besondere Vereinbarungen

Ergänzend zu A 2 der H 2050 gelten folgende Personen mitversichert:

Versichert ist die persönliche gesetzliche Haftpflicht

- des Basen-/Schulleiters und der sonstigen auf der Tauchbasis/in der Tauchschule tätigen Personen als Tauchlehrer in dieser Eigenschaft;
- der sonstigen auf der Tauchbasis / der Tauchschule beschäftigten Personen (Helfer) aus Haftpflichtansprüchen wegen Schäden, die sie in Ausführung ihrer dienstlichen Verrichtungen verursachen.

Ergänzend zu A 5 der H 2050 gelten folgende Deckungseinschränkungen vereinbart:

Anderweitige Tätigkeiten

- aus Veranstaltungen, die über den gewöhnlichen Rahmen der Tauchkurse/-gänge hinausgehen;
- aus Betrieben aller Art (gilt nicht für Tauchbasen/-schulen);

Abschnitt C– Rechtsschutzversicherung

§1 Gegenstand der Versicherung

Die ROLAND Rechtsschutz Versicherung AG gewährt Rechtsschutz im Umfang der §§ 1 bis 20 der Allgemeinen Rechtsschutz-Versicherungs-Bedingungen (ARB 1994), den Besonderen Vereinbarungen dieses Vertrages (§ 2) und den Sonderbedingungen gemäß § 3, wenn und soweit der Versicherte nicht aus einem anderen Rechtsschutz-Versiche-

rungsvertrag, als solcher gilt auch der des regionalen Landessportbundes/-verbandes, anspruchsberechtigt ist.

§2 Besondere Vereinbarungen

1. Versicherte Tätigkeiten

Versicherungsschutz wird den Versicherten gewährt:

- a. bei der Ausübung des Tauchsports unter Wasser (einschließlich Schnorcheln);
- b. bei der Ausübung des Apnoe-Tauchens;
- c. während des Aufenthaltes in oder auf dem Wasser, sofern dieser im Zusammenhang mit einem Tauchgang oder Tauchversuch (z.B. zur Gewässererkundung oder zur Vorbereitung des Tauchgangs/-versuchs oder Einholung des Gerätes) steht,
- d. bei der Rettung von Menschenleben während des Aufenthaltes im oder auf dem Wasser;
- e. bei der Wartung und Pflege von Tauchgeräten (nicht jedoch im häuslichen Bereich) bzw. deren Bergung bei Verlust im Wasser;
- f. bei der Teilnahme an Tauchsportveranstaltungen des VDST, seiner Landesverbände und Vereine;
- g. bei der Teilnahme an Wettkämpfen anderer Sportorganisationen, wenn der Versicherte vom VDST, einem Landesverband oder seinem Verein offiziell gemeldet ist.

Der Versicherungsschutz beginnt

zu a) bis d):

unmittelbar vor Beginn des Tauchganges mit dem Anlegen der Tauchausrüstung oder dem Betreten des Bootes und endet mit dem Verlassen des Gewässers bzw. des Bootes,

zu e) bis g):

mit dem Betreten der Veranstaltungsstätte und endet mit deren Verlassen.

2. Wegeunfälle

Wegeunfälle sind in folgendem Rahmen mitversichert:

- a. weltweit (in Abänderung von §6 RVB) bei Einsätzen in den VDST-Nationalmannschaften oder bei der Teilnahme an VDST- und Landesverbandsveranstaltungen (wie z.B. Meisterschaften, Wettkämpfe, Lehrgänge, Prüfungen, Foto- und Film-Wettbewerbe),
- b. innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei der Teilnahme an Vereinsveranstaltungen.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Verlassen der Wohnung und endet bei Rückkehr mit deren Wiederbetreten.

Der Versicherungsschutz entfällt, sobald die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und/oder eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird, es sei denn, dass der zeitliche und räumliche Zusammenhang mit der Veranstaltung gewahrt ist.

3. Technisches Tauchen

Versichert ist auch das technische Tauchen (Kreislaufgeräte-, Trimix-, Nitrox-Tauchen), wenn der Versicherte im Besitz eines gültigen Brevets des VDST oder einer vom VDST anerkannten Institution (Verband) ist.

4. Unterwasserfahrzeuge

Mitversichert ist die Verwendung batteriebetriebener Unterwasserfahrzeuge (wie z.B. Aquazep, Unterwasserscooter) als Zughilfe unter Wasser.

§3 Sonderbedingungen

1. Versicherungsumfang

Der Versicherungsschutz wird nur den als aktiv gemeldeten Vereinsmitgliedern der Mitgliedsvereine des VDST und den Direktmitgliedern im VDST vom vollendeten 6. Lebensjahr an bei der Ausübung des Tauchsports gewährt.

2. Rechtsschutzformen

Der Versicherungsschutz umfasst:

a. Schadenersatz-Rechtsschutz

für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen, soweit diese nicht auch auf einer Vertragsverletzung oder einer Verletzung eines dinglichen Rechtes an Grundstücken, Gebäuden oder Gebäudeteilen beruhen;

nicht versichert sind Schadenersatzansprüche gegen den VDST, die VDST Tauchsport-Service GmbH oder deren Organe und gegen mitversicherte Personen.

b. Straf-Rechtsschutz

für die Verteidigung wegen des Vorwurfes eines Vergehens (ausgenommen verkehrrechtliche Vergehen gemäß § 2 i. aa RVB), dessen vorsätzliche wie auch fahrlässige Begehung strafbar ist, solange dem Versicherten ein fahrlässiges Verhalten vorgeworfen wird. Wird dem Versicherten dagegen vorgeworfen, ein solches Vergehen vorsätzlich begangen zu haben, besteht rückwirkend Versicherungsschutz, wenn nicht rechtskräftig festgestellt wird, dass er vorsätzlich gehandelt hat.

c. Ordnungswidrigkeiten Rechtsschutz

für die Verteidigung wegen des Vorwurfes einer Ordnungswidrigkeit (ausgenommen und insoweit abweichend von §2 J RVB für verkehrrechtliche Ordnungswidrigkeiten)

3. Ausschlüsse

Ausgeschlossen ist der Versicherungsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen:

- a. als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Fahrer von Motorfahrzeugen zu Lande, zu Wasser und in der Luft sowie Anhängern (siehe aber §2 Ziffer 4),
- b. im Zusammenhang mit gewerblichen Nebenbetrieben der Versicherten,
- c. der Versicherten gegen die VDST Tauchsport-Service GmbH, den VDST oder dessen

Organe und gegen mitversicherte Personen.

§4 Erläuterungen

1. Geltungsbereich und Leistungsarten

Der Versicherungsschutz erstreckt sich in Abänderung von §6 RVB weltweit. Bei der Rechtsverfolgung von Schadenersatzansprüchen bzw. bei Strafverfahren in außereuropäischen Ländern ist die Leistungspflicht des Versicherers im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme jeweils nach Art und Höhe auf diejenigen Kosten begrenzt, die auch nach deutschen Kostenvorschriften entstanden wären. Der Versicherer wird sich jedoch im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme nicht auf diese Leistungsbegrenzung berufen, soweit nach deutschem Recht eine Kostentragungspflicht des Versicherten wegen Obsiegens bzw. wegen Freispruchs entfielen, aber das betreffende ausländische Recht eine entsprechende Kostenerstattungspflicht des unterlegenen Gegners bzw. der Staatskasse nicht vorsieht.

Der Versicherer zahlt gemäß §5 RVB im Rahmen des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes (RVG):

- das Honorar für den eigenen Anwalt,
- das Honorar für den gegnerischen Anwalt, wenn es das Gericht so bestimmt,
- die Gerichtskosten und sonstigen vom Gericht auferlegten Kosten (einschließlich der Kosten bei einem Vergleich),
- die Zeugengebühren und Auslagen,
- die Honorare der gerichtlich bestellten Sachverständigen,
- Kosten für die Stellungnahme eines Rechtsanwaltes bei der Prüfung der Erfolgsaussichten eines Rechtsstreites,
- alle erforderlichen Vorschüsse auf diese Leistungen,
- in Fällen, in denen es erforderlich und der Sache dienlich ist, trägt der Versicherer auch die Kosten eines Korrespondenzanwaltes.

2. Deckungssumme

Die Versicherungssumme beträgt 50.000,00 EUR je Versicherungsfall.

3. Wahlrecht

Der Versicherte ist berechtigt, dem Versicherer einen Rechtsanwalt zu benennen, der seine Interessen wahrnehmen soll. Der Versicherte kann jedoch auch verlangen, dass der Versicherer einen solchen Rechtsanwalt bestimmt (§ 17 (1) RVB). Die Beauftragung des Rechtsanwaltes sollte zur Vermeidung von Missverständnissen durch den Versicherer erfolgen.

Sonstige wichtige Hinweise zur Rechtsschutzversicherung

1. Wann verjährt der Rechtsschutzanspruch?

Die Ansprüche verjähren in zwei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Die Verjährung des Anspruchs auf Rechtsschutz nach Eintritt eines Rechtsschutzfalles beginnt am Schluss des Kalenderjahres, in dem

erstmalig Maßnahmen zur Wahrnehmung ihrer rechtlichen Interessen eingeleitet werden, die Kosten auslösen können.

Ist von der versicherten Person ein Anspruch beim Versicherer angemeldet worden, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang der Entscheidung des Versicherers in Textform bei der Fristberechnung nicht mit.

2. Wie wird verfahren, wenn der Versicherer den Rechtsschutz ablehnt?

Lehnt der Versicherer den Rechtsschutz ab,

- a. weil der durch die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen voraussichtlich entstehende Kostenaufwand unter Berücksichtigung der berechtigten Belange der Versicherten-gemeinschaft in einem groben Missverhältnis zum angestrebten Erfolg steht oder
- b. wenn in den Fällen die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen keine hinreichende Aussicht auf Erfolg hat, ist der versicherten Person dies unverzüglich unter Angabe der Gründe in Textform mitzuteilen.

Hat der Versicherer seine Leistungspflicht gemäß Absatz a) und b) verneint und stimmt die versicherte Person dieser Auffassung nicht zu, kann die versicherte Person den für ihn tätigen oder noch zu beauftragenden Rechtsanwalt auf Kosten des Versicherers veranlassen, dem Versicherer gegenüber eine begründete Stellungnahme ab zu geben, ob die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Erfolg steht und hinreichende Aussicht auf Erfolg verspricht. Die Entscheidung ist für beide Teile bindend, sei denn, dass sie offenbar von der wirklichen Sach- und Rechtslage erheblich abweicht.

3. Innerhalb welcher Frist kann der Rechtsschutzanspruch vor Gericht geltend gemacht werden?

Lehnt der Versicherer den Versicherungsschutz ab oder behauptet die versicherte Person, dass die gemäß Ziffer 2 getroffene Entscheidung des Rechtsanwaltes offenbar von der wirklichen Sach- und Rechtslage erheblich abweicht, kann die versicherte Person den Anspruch auf Versicherungsschutz nur innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend machen. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer der versicherten Person die Ablehnung des Versicherungsschutzes oder die gemäß Ziffer 2 getroffene Entscheidung des Rechtsanwaltes in Textform mitgeteilt hat, und zwar unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtslage.

4. Welches Gericht ist für Klagen zuständig?

Für Klagen, die aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer erhoben werden, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

5. Welches Recht findet Anwendung?

Klagen des Versicherers gegen die versicherte Person können bei dem für den Wohnsitz der versicherten Person zuständigen Gericht erhoben werden. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

III. AUSLANDSREISEKRANKENVERSICHERUNG

Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif AMC-VDST (ab Feb. 2010)

§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem außerhalb der Bundesrepublik Deutschland eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise akut auftretenden Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, späteren schriftlichen Vereinbarungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Für den Vertrag einschließlich Vertragsinformation und für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.
4. Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.
5. Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsaufenthalte, die von den versicherten Personen innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 56 Tagen nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 56 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz für die ersten 56 Tage des Auslandsaufenthaltes.

§2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt für Direktmitglieder mit dem Eingang des vollständigen Mitgliedsantrages in der Geschäftsstelle des Verbandes Deutscher Sporttaucher (VDST), für Vereinsmitglieder mit dem Eintritt in einen VDST Verein, sofern sie dem VDST als aktive Neumitglieder gemeldet werden, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Familienpolice für nicht tauchende Familienmitglieder

Der Versicherungsschutz beginnt für Familienangehörige von Vereinsmitgliedern eines VDST-Vereines mit deren Eintritt in den VDST-Verein, sofern ein Antrag auf Abschluss der Familienversicherung gestellt wird und das Mitglied dem VDST als beitragspflichtig gemeldet ist oder als beitragspflichtiges Neumitglied gemeldet wird; jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland und Zahlung des Erstbeitrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Besteht bereits eine Mitgliedschaft beim VDST oder in einem VDST-Verein, beginnt der Versicherungsschutz mit Eingang des Versicherungsantrages beim VDST, nicht jedoch vor

Zahlung des Erstbeitrages.

Abschluss, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Auslandsreise abgeschlossen werden. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst ab dem Antritt einer neuen Auslandsreise.
2. Der Versicherungsantrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrages bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheines gegen über dem Antragsteller zustande. Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür speziell vorgesehenen gültigen Vordruck beantragt, kommt der Vertrag mit dem Eingang des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim VDST zustande. Wird der Vordruck per Post versandt ist maßgebend das Datum des Poststempels. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn des Versicherungsvertrages, die zu versichernden Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Der Beitrag gilt als bezahlt, sofern eine Lastschriftzugsermächtigung für den Beitrag abgegeben ist, aufgrund derer ein ordnungsgemäßer Einzug des Erstbeitrages erfolgen kann.
3. Als Versicherungsnehmer gilt der Antragsteller. Als Versicherungsschein gilt die beim Antragssteller verbliebene Durchschrift des Vordruckes oder eine entsprechende schriftliche Bestätigung des Versicherers. Der Versicherungsvertrag gilt für ein Jahr (Versicherungsjahr), gerechnet ab Versicherungsbeginn. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Jahres in dem der Vertrag beginnt. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer spätestens ein Monat vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung des Versicherungsnehmers kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
4. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
5. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit der Verlegung des ständigen Wohnsitzes aus der Bundesrepublik Deutschland, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt.

§3 Umfang der Leistungspflicht

1. Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
2. Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
3. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann frei unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen gewählt werden.
4. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungs-

methoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

5. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

5.1. Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

- a. ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik sowie medizinisch notwendige Druckkammerbehandlungen;
- b. Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinische Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungspräparate, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u. ä.
- c. schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie.
- d. stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und ist dann noch eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransports übernommen. Anstelle des Kostenersatzes kann ein Krankenhaustagegeld von 26,00 EUR gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft medizinisch notwendig und die ärztlich bestätigt ist.
- e. den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächst erreichbare, nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus oder -soweit medizinisch erforderlich - zu einer Druckkammer.

5.2. Rücktransportkosten

Erstattet werden die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson (medizinisches Fachpersonal) werden ebenfalls erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

Beim Rücktransport ist, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, die kostengünstigste Transportart zu wählen.

Darüber hinaus werden Rücktransport-Kosten gemäß §3 Absatz 5.1 d) erstattet.

5.3 Überführungs- und Bestattungskosten

Erstattet werden die Kosten, die im Todesfall der versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.500,00 EUR. Dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

5.4 Zusatzkosten bei einem Tauchunfall

Die zusätzlichen Unterkunfts- und Reisekosten, die entstehen, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen ihren Aufenthalt im Ausland aufgrund eines Tauchunfalls verlängern muss, werden zusammen bis maximal 2.600,00 EUR je verlängerten Aufenthalt im Ausland erstattet. Die Erstattung der Kosten für eine Begleitperson werden auf die kostengünstigste Transportart begrenzt, soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

§4 Kostenübernahme

Der Versicherer verpflichtet sich – auf Wunsch der versicherten Person – in den unter §3 Absatz 5.1.a) (nur bezüglich der Druckkammerbehandlung), d), e) sowie Absatz 5.2. und Absatz 5.3. genannten Leistungsbereichen, selbst oder durch seinen Assistenten eine Kostenübernahmeerklärung abzugeben.

§5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a. für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades zwingend erforderlich wurde;
- b. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- c. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- d. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e. für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlungen (z.B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
- f. für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kosten für notwendige ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt sind jedoch erstattungsfähig;
- g. für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;

- h. für Hilfsmittel, (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.) mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
 - i. für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen
 - j. für Behandlung durch Ehegatten sowie Lebenspartner gemäß §1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
 - k. für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - l. für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während des Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - m. für die durch Krankheiten oder Unfälle entstehenden Kosten, die durch die aktive Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden. Diese Einschränkung bezieht sich für angestellte Trainer des VDST nur auf Tauchsportunfälle. Bei allen anderen Krankheits- und Unfallursachen besteht bedingungsgemäßer Versicherungsschutz.
 - n. für Krankheitskosten die durch Tauchunfälle entstehen, wenn die versicherte Person einen Unfall bei einem beruflich begründeten Tauchgang erleidet. Berufliches Tauchen in diesem Sinne liegt vor, wenn dieses der Erzielung von Einkünften dient, es sei denn, es wird mit nicht mehr als einer Aufwandsentschädigung abgegolten oder erfolgt zu wissenschaftlichen oder ökologischen Zwecken im Auftrag eines wissenschaftlichen Instituts bzw. eines staatlichen Organs.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart ist, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Originalrechnungen vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in §5 Absatz 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus §14 VVG (siehe Anhang).

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuesten Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

(6) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein Konto in der Bundesrepublik Deutschland – und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden Beitragsrückstände oder sonstige ausstehende Beträge verrechnet.

(8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für die einzelnen versicherten Personen endet:

- mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer.
- mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthaltes, spätestens mit dem Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.
- am Tage des Austritts der versicherten Person aus dem versicherungsfähigen Personenkreis.
- mit dem Tod der versicherten Person.

Der Versicherungsschutz für die im Rahmen der Familienpolice versicherten Personen endet:

- Zum 31.12. eines jeden Kalenderjahres, sofern das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu diesem Termin gekündigt wurde. Wurde es nicht gekündigt, verlängert es sich um jeweils ein weiteres Kalenderjahr.
- Mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.
- Am 31.12. des Jahres, in dem die Mitgliedschaft des Versicherungsnehmers in einem VDST-Verein oder im VDST beendet wurde.
- Mit dem Ableben der versicherten Personen.

Ist die Rückreise aus dem Ausland bis zum vereinbarten Zeitpunkt ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich

der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit.

Ist im unmittelbaren Anschluss an den Wegfall der Transportunfähigkeit eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

§8 Beitragszahlung

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Beitragshöhe und Fälligkeit sind im Gruppenversicherungsvertrag festgesetzt.

(1) Für mitreisende Familienangehörige im Sinne des Gruppenversicherungsvertrages beläuft sich der Beitrag auf 7,50 EUR je Kalenderjahr. Er wird jeweils bis zum 31.12. eines Kalenderjahres berechnet. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn ist der gesamte Beitrag zu entrichten.

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechtes – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Die Erteilung einer Lastschriftinzugsermächtigung, aufgrund derer ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgen kann, gilt als Zahlung. Hierzu hat der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages für eine ausreichende Deckung des Kontos zu sorgen.

Folgebeiträge werden zu Beginn des jeweils weiteren Kalenderjahres fällig.

(2) Hat es der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass ein oder mehrere Beiträge, trotz wiederholtem Einziehungsversuch, nicht eingezogen werden können, ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis in Textform zu kündigen. Der Versicherer hat in der Kündigung darauf hinzuweisen, dass der Versicherungsnehmer verpflichtet ist, den ausstehenden Beitrag zu zahlen. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschriftinzug können dem Versicherungsnehmer in Rechnung gestellt werden.

(3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Absatz 1, 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§9 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist unverzüglich anzuzeigen.

(2) Jede Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Die Regelung in §7 bleibt hiervon unberührt.

(3) Die versicherte Person (vgl. §6 Absatz 3) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von

erforderlichen Auskünften zu ermöglichen.

§10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Verletzt die versicherte Person eine der in §9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten vorsätzlich, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat die versicherte Person zu beweisen.

(2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit 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 Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

(3) Verletzt die versicherte Person eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit, ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§11 Obliegenheiten bei und nach Eintritt des Versicherungsfalles und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet eines gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß §8 6 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Die versicherte Person hat ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt die versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht der versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§12 Aufrechnung

Die versicherte Person kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§14 Meldung von Adress- und Namensänderungen

Eine Änderung der Postanschrift oder des Namens muss dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Andernfalls können dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person dadurch Nachteile entstehen, da der Versicherer eine an ihn gerichtete Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die zuletzt bekannte Anschrift senden kann. In diesem Fall gilt die Erklärung des Versicherers drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.

§15 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen die versicherte Person ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt die versicherte Person nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist der Wohnsitz der versicherten Person oder dessen gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§16 Verjährung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistungen erstmals verlangt werden können.

§17 Frist bei Meinungsverschiedenheiten

Ist derjenige, der den Anspruch auf eine Versicherungsleistung geltend macht, mit der Leistungsentscheidung des Versicherers nicht einverstanden, kann er, den Anspruch innerhalb der Verjährungsfrist gerichtlich geltend machen. Wird die Frist versäumt, besteht schon allein aus diesem Grund kein Leistungsanspruch gegen den Versicherer.

Anhang – Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§1 Absatz 1

Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebensgemeinschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben wer-

den. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

Anhang – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten

§37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

§38 Zahlungsverzug bei Folgeprämien

(1) Wird eine Folgeprämie 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 der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten im Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Ver-

IV. WICHTIGE HINWEISE IM SCHADENFALL

zug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

IV. WICHTIGE HINWEISE IM SCHADENFALL

A Sport-Versicherungsvertrag

1. Allgemeines

Jeder Schaden ist (mit Ausnahme der Schäden für die Auslandsreise-Krankenversicherung, siehe hierzu Position B) unverzüglich über die Geschäftsstelle des Verbandes Deutscher Sporttaucher VDST der:

- HDI Versicherung AG Unfall-Sport-Schaden
Postfach 130319, 50497 Köln, Tel. (0221) 144-3309 Fax. (0511) 6451151595
- HDI Versicherung AG Firmen-Haftpflicht-Schaden
Postfach 130319, 50497 Köln, Tel. (0221) 144-66674 Fax. (0511) 6451151593
- Roland Rechtsschutz Service Plus
Deutz-Kalker Str. 46, 50679 Köln, Tel. (0221) 8277-500

zu melden. Es ist von Vorteil, wenn bei Landesverbänden und Vereinen nur eine Person die Schadenangelegenheiten bearbeitet.

Die Schadenanzeige ist in allen Teilen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen.

2. Unfallversicherung

2.1. In der Schadenmeldung ist anzugeben, welcher Krankenkasse der Verletzte angehört. Sportverletzte, die Mitglied einer Pflicht- oder Ersatzkrankenkasse sind, haben den Unfall ihrer Krankenkasse zu melden. Die Heilbehandlung hat durch einen Kassenarzt zu erfolgen. Bei Sportverletzten, die freiwillig krankenversichert sind, hat die Heilbehandlung nach den Satzungen ihrer Krankenversicherung zu erfolgen.

2.2. Dauerschäden / Invalidität

Eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge muss innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag gerechnet, eingetreten sein; sie muss spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten nachdem Unfalljahr ärztlich festgestellt und geltend gemacht werden. Ergibt sich bereits früher die Gefahr eines Dauerschadens, so ist der Versicherer unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

2.3. Todesfälle

sind dem Versicherer spätestens innerhalb 48 Stunden, soweit möglich und zumutbar, unverzüglich anzuzeigen. Diese Anzeige kann telefonisch oder per Fax erfolgen (Nummer unter 1.1). Der Unfall ist ebenfalls unverzüglich mit genauer Schadensschilderung dem VDST zu melden.

2.4. Heilkostenerstattungen

Kommt eine Erstattung von Heilkosten in Frage, sind spezifizierte Arzt- / Zahnarztrechnungen mit dem Erstattungsvermerk der Krankenversicherung einzureichen. Rechnungen des Arztes und für andere Heilkosten sind in jedem Fall zuerst der Krankenkasse zur Begleichung einzureichen.

2.5. Bergungskostenerstattung

Kommt eine Erstattung von Bergungskosten in Frage, sind spezifizierte Rechnungen mit dem Erstattungsvermerk der Krankenversicherung einzureichen.

3. Haftpflichtversicherung

3.1. Jeder Versicherungsfall ist unverzüglich nach Kenntnis schriftlich anzuzeigen.

3.2. Der Meldung sind Anschriften der Zeugen und -soweit erforderlich eine Skizze beizufügen.

3.3. Bei Eintritt eines Schadens ist alles zu tun, was zur Aufklärung des Tatbestandes oder zur Minderung des Schadens erforderlich ist.

3.4. Dem Anspruchsteller ist als einzige Auskunft mitzuteilen, dass Haftpflichtversicherungsschutz besteht. Keinesfalls dürfen irgendwelche Zusagen gemacht werden oder gar Ansprüche anerkannt werden. Die Prüfung der Rechtslage obliegt ausschließlich dem Versicherer.

3.5. Es ist zweckmäßig, wenn sich der Inanspruchgenommene bei der Einreichung der Haftpflichtschadenanzeige zur Höhe der Ansprüche, insbesondere zu ihrer Angemessenheit äußert.

3.6. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen Versicherten und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, hat der Versicherte die Führung des Rechtsstreites dem Versicherer zu überlassen, dem vom Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide der

Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat der Versicherte, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.

3.7. Die Haftpflichtschadenanzeige ist vom Versicherten auszufüllen und zu unterschreiben, nicht vom Geschädigten.

4. Rechtsschutzversicherung

4.1. Wenn Sie Rechtsschutz begehren, unterrichten Sie den Versicherer unverzüglich vollständig und wahrheitsgemäß über sämtliche Umstände des Versicherungsfalles unter Angabe der Beweismittel und Unterlagen, die auf Verlangen zur Verfügung zu stellen sind.

4.2. Mit der Schadenmeldung kann gleichzeitig der in Aussicht genommene Rechtsanwalt benannt werden.

4.3. Jeder Versicherte hat – anders als in der Haftpflichtversicherung – das Recht der freien Anwaltswahl am Gerichtsort. Auf Wunsch weist der Versicherer bei Schadenfällen im Ausland deutschsprechende Anwälte nach.

4.4. Die Beauftragung des Rechtsanwaltes sollte ausschließlich durch den Versicherer erfolgen.

B Auslandsreise- Krankenversicherung

Rechnungen sind zwecks Begleichung direkt einzureichen bei

EUROPA Versicherung AG

Piusstr.137, 50931 Köln

Tel.: (0221) 5737 261 / Fax: (0221) 5737 382

Email: svk2@europa.de

Schadenformular zur Einreichung von Behandlungskosten im Ausland

EUROPA Versicherung AG
Piusstr. 137, 50931 Köln

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde der EUROPA Versicherung AG,

Ihren Leistungsantrag wollen wir schnell bearbeiten. Um Rückfragen zu vermeiden, bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen und die aufgeführten Unterlagen vollständig einzureichen.

GR-8300 VDST Mitglieds-Nr.:

Vor- und Zuname

Anschrift

Konto für Leistungsauszahlungen:

Kontoinhaber

KTN

BLZ

IBAN

BIC

Name und Ort des Geldinstituts

Für die Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen bzw. Angaben:

- ✓ Nachweis aus dem der Antritt der Reise deutlich hervorgeht (Buchungsbestätigung, Flugticket / Zugticket, o. ä)
- ✓ Originalrechnungen. Sofern Sie diese vorab bei einem anderen Versicherungsträger zur Erstattung eingereicht haben, bitten wir um Zusendung von Fotokopien auf denen dieser seine Leistung vermerkt hat (Originalvermerk).
- ✓ Falls auf Belegen einzelne Angaben fehlen und nicht erhältlich sind, nehmen Sie bitte selbst entsprechende Ergänzungen vor. Angaben wie zum Beispiel Untersuchung, Labor und/oder Medikamente reichen zur Beurteilung des Leistungsanspruches nicht aus. Vermerken Sie bitte die genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose).
- ✓ Zu den bezogenen Medikamenten / Hilfsmitteln / Heilmitteln die entsprechenden ärztlichen Verordnungen.
- ✓ Besteht anderweitig Versicherungsschutz bei Auslandsreisen?
 NEIN JA, dann bitte ankreuzen:
 - über den ADAC
 - mit einer Kreditkarte (Eurocard, Visa usw.) erworbener Versicherungsschutz
 - oder durch eine anderweitige Krankenversicherung; bitte ggf. Name, Anschrift der Gesellschaft sowie die Versicherungsnummer angeben:
- ✓ Handelt es sich um einen Unfall durch Eigen- / Fremdverschulden? Bitte ggfls. kurze Unfallschilderung.

Datum und Unterschrift

Ärztliche Behandlung, Vorerkrankungen

Erster Behandlungstag/Uhrzeit	Erstbehandelnder Arzt mit Anschrift (bzw. Name und Anschrift des Krankenhauses)	
Weiterbehandelnder Arzt mit Anschrift	Zeitraum der vollstationären Behandlung von - bis	
Art und Umfang der Verletzungen	Wieder arbeitsfähig seit /ab	
War die verletzte Person vor dem Unfall vollständig gesund?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Welche Folgen aus früheren Unfällen oder Krankheiten, Gebrechen, Kriegs-/Wehrdienstbeschädigungen bestehen/bestanden?		
Grad der Behinderung (GdB) vor dem Unfall		
Pflegestufe (vor dem Unfall)		

Weitere Versicherung, Bankverbindung

Besteht für die verletzte Person eine weitere Unfallversicherung (z.B. Schutzbrief, Sportverein, Arbeitgeber, andere Versicherer)?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name, Anschrift und Vertrags-Nr./Schaden-Nr. des weiteren Unfallversicherers		
Bestand bereits früher Unfallversicherungsschutz?	Bei welcher Gesellschaft?	Sind bereits früher Leistungen erfolgt?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet worden?	Welcher?	Krankenkasse der verletzten Person
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zahlungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:	IBAN	Geldinstitut
	BIC	Name des Kontoinhabers

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß und schicken Sie uns die Unfallanzeige unverzüglich zurück und erteilen Sie uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte in gleicher Weise.

Verletzen Sie eine dieser Verhaltenspflichten (Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten) vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Was Sie im Einzelnen bei uns versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben. Auf die folgenden wichtigen Punkte möchten wir Sie jetzt noch einmal aufmerksam machen.

Invaliditätsleistung:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung setzt voraus, dass die körperliche/geistige Leistungsfähigkeit oder eine Gliedmaße/ein Sinnesorgan durch den Unfall auf Dauer beeinträchtigt ist (Invalidität). Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde.

Weitere Leistungsarten:

Beachten Sie bei weiteren Leistungsarten bitte unbedingt die im Versicherungsschein vermerkten Fristen.

Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter)	Unterschrift des Vereins
-----------	---	--------------------------

Ihr neuer Buddy: Der Taucher-Berufsunfähigkeitsschutz



Bei Tauchgängen ist Ihre Sicherheit das oberste Gebot. Diesen Maßstab sollten Sie auch bei der finanziellen Absicherung für den Fall einer Berufsunfähigkeit anlegen. Entscheiden Sie sich deshalb für eine leistungsstarke Absicherung, die für den VDST entwickelt wurde und alle Besonderheiten für Sporttaucher berücksichtigt. Gerne unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.

HDI

Wir denken weiter.

Ihr Ansprechpartner:

Stefan Dörfler

Tel. 06042 - 9787591

Fax. 0511-6451150888

stefan.doerfler@hdi.de

www.hdi-gerling.de



© 2021 - VDST Verband Deutscher Sporttaucher e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Berliner Str. 312, D-63067 Offenbach
Tel.: +49 069 981902 -5 Fax: -98
www.vdst.de info@vdst.de



**Medizinische
NOTFALL-HOTLINE**
für VDST-Mitglieder
+49 69 800 88 616

1078