

Sport-Versicherungsvertrag / Auslandsreise-Krankenversicherung

Inhaltsübersicht	Seite
I. Einführung / Allgemeines	1
II. Sport-Versicherungsvertrag	2
A Unfallversicherung	2
Gegenstand der Versicherung	Seite 2
Umfang des Versicherungsschutzes	Seite 2-3
Versicherungsleistungen	Seite 4-7
B Haftpflichtversicherung	8
Gegenstand der Versicherung	Seite 8
Umfang des Versicherungsschutzes	Seite 8
Deckungserweiterungen	Seite 8-9
Risikobegrenzungen	Seite 9-10
Versicherungsleistung	Seite 10
Obliegenheit im Schadenfall	Seite 10
C Rechtsschutzversicherung	11
Besondere Vereinbarungen	Seite 11
Sonderbedingungen	Seite 12
Erläuterungen	Seite 12-13
III. Auslandsreise-Krankenversicherung	14
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	Seite 14
Beginn des Versicherungsschutzes	Seite 14
Umfang der Leistungspflicht	Seite 14-15
Kostenübernahmeerklärung	Seite 15
Einschränkung der Leistungspflicht	Seite 16
Leistungsberechtigte Personen	Seite 16-17
Ende des Versicherungsschutzes	Seite 17-18
IV. Wichtige Hinweise im Schadenfall	18
A Sport-Versicherungsvertrag	Seite 18-19
B Auslandsreise-Krankenversicherung	Seite 19-20

Stand 01.01.2002

Abschnitt I – Einführung / Allgemeines

Die VDST Tauchsport-Service GmbH (nachstehend „VDST“ genannt) hat **im Auftrag des VDST e.V.** mit der GERLING Allgemeine Versicherungs-AG einen Unfall-, Haftpflicht- und Rechtsschutz-Versicherungsvertrag (Sport-Versicherungsvertrag) und mit der GLOBALE Krankenversicherungs-AG eine Auslandsreise-Krankenversicherung mit Taucherhotline abgeschlossen.

Die auf dieser Grundlage zwischen dem VDST, GERLING und der GLOBALE Krankenversicherung getroffenen Vereinbarungen sind nachfolgend für Sie aufgeführt. Den Vereinsvorständen wird empfohlen, diese Vereinbarungen in Rundschreiben oder Versammlungen, zumindest auszugsweise, ihren Vereinsmitgliedern bekanntzugeben.

Auskunft und Beratung in allen Versicherungsfragen erteilt die

GERLING GmbH

**Viktoriastraße 2, 66111 Saarbrücken
Telefon 0681 / 38709154 (Herr Krichel)
Telefax 0681 / 32495**

oder die

**GERLING Allgemeine Versicherungs-AG
GFP/Belegschaft Sach Sportverbände
Hildeboldplatz 2-18, 50597 Köln
Telefon (0221) 144-2559 (Herr Wickert)
Telefax (0221) 144-6002559**

Meldung von Schäden siehe unter "Wichtige Hinweise im Schadenfall".

Versichert sind alle **Einzelmitglieder des VDST** und alle **Vereinsmitglieder, die dem VDST als aktiv gemeldet sind**. Passive Vereinsmitglieder sind von der Versicherung ausgeschlossen. Passive Vereinsmitglieder nehmen nicht aktiv am Vereinsleben teil, bleiben dem Verein aber verbunden und tauchen nicht.

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Aufnahme in den VDST bzw. in einen VDST-Verein.

Der Versicherungsschutz endet mit dem Tag des Austritts aus den VDST bzw. aus den VDST-Verein.

Die Versicherungsverträge gelten vom VDST mit GERLING und der GLOBALE Krankenversicherung 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.

Abschnitt II – Sport-Versicherungsvertrag

A Unfallversicherung

I. Gegenstand der Versicherung

Die Gerling Allgemeine Versicherungs-AG (nachstehend "Versicherer" genannt) gewährt zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (GKA AUB 2000), 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 II. genannten Tätigkeiten im In- oder Ausland betroffen werden.

II. Umfang des Versicherungsschutzes

1. **Die Versicherung umfaßt Unfälle**, die den Versicherten bei VDST-, Landesverbands- und Vereins-Veranstaltungen sowie bei Einzelunternehmungen zustoßen
 - a) bei der Ausübung des Tauchsports unter Wasser (einschließlich Schnorcheln);
 - b) bei der Ausübung des Apnoe-Tauchens (s. aber Ziff. 4 e);
 - 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 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 Veranstaltungen 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. Wegerisiko

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

- 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),
- 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. Deckungserweiterungen

- a) 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),ohne daß ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis festgestellt werden kann.
- b) Mitversichert ist das „Technische Tauchen“ (Kreislaufgeräte-, Trimix-, Nitroxtauchen), wenn der Versicherte im Besitz eines gültigen Brevets einer vom VDST anerkannten Institution (Verband) ist.
- c) Mitversichert sind Unfälle bei der Verwendung von batteriebetriebenen Unterwasserfahrzeugen (wie z.B. Aquazep, Unterwasserscooter) als Zughilfe unter Wasser.

4. Versicherungsschutz besteht nicht,

- a) wenn der Versicherte den Tauchgang (Tauchversuch) ohne einen sachkundigen Begleiter alleine vornimmt;
- b) für Gesundheitsschäden, die im Zusammenhang mit einer 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;
- d) für Sportlehrer, es sei denn, daß die Tätigkeit als Sportlehrer für den VDST, einen Landesverband oder Verein ehrenamtlich ausgeübt wird;
- a) wenn das Apnoe-Tauchen nicht gemäß den VDST-Richtlinien durchgeführt wird.

III. Versicherungsleistungen

1. Die Versicherungssummen betragen je versicherte Person

Eventualitäten	Versicherte vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 65. Lebensjahr	Versicherte bis zum vollendeten 16. Lebensjahr	Versicherte vom vollendeten 65. Lebensjahr an Mitglieder, die 70 Jahre und älter sind, müssen jährlich eine tauchmedizinische Untersuchung nachweisen.
für den Invaliditätsfall bei Vollinvalidität (s. auch Ziff. 2 (1) b) bh)	30.000,00 EUR 45.000,00 EUR	30.000,00 EUR 45.000,00 EUR	15.000,00 EUR 22.500,00 EUR
für den Todesfall*) für Nichtverheiratete für den Todesfall für Verheiratete für den Todesfall für Versicherte mit bis zu zwei unterhaltsberechtigten Kindern**) für den Todesfall für Versicherte mit drei und mehr unterhaltsberechtigten Kindern**) <p>Versicherte, die in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft zusammenleben, sind den Verheirateten gleichgestellt mit der Folge, das der Partner der Lebensgemeinschaft wie ein Ehegatte behandelt wird.</p>	5.000,00 EUR 7.000,00 EUR 13.000,00 EUR 15.000,00 EUR	3.000,00 EUR	2.000,00 EUR 4.000,00 EUR 5.000,00 EUR 5.000,00 EUR
Heilkosten (einschließlich ambulante und stationäre Deko-Behandlungskosten)	15.000,00 EUR	15.000,00EUR	15.000,00 EUR
Bergungskosten	15.000,00 EUR	15.000,00 EUR	15.000,00 EUR

*) 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 unterhaltsberechtigte 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 Zweifelsfalle dann anzunehmen, wenn für das Kind Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz 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 2.1.2.4 AUB bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

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

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

Arm im Schultergelenk	70%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
Hand im Handgelenk	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 im Fußgelenk	40%
große Zehe	5%
andere Zehe	2%
Auge	50%
Gehör auf einem Ohr	30%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	5%

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- 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) Ziffer 2.1.2.3 AUB (Mehrleistung in schweren Invaliditätsfällen) hat für diese Versicherung keine Gültigkeit.

bh) 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 bereits die volle Invaliditätssumme zur Verfügung gestellt.

(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 Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

(3) Heilkosten

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 ärztlichem 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.

a) 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.

b) 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

- ba) für die Behandlung und den notwendigen Ersatz natürlicher Zähne bis zu 3.000,00 EUR je Schadenfall;
- bb) für die Behandlung und den notwendigen Ersatz künstlicher Zähne bis zu 30,00 EUR je Schadenfall.
- c) Die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlung werden im Rahmen der Sätze der allgemeinen Pflegeklasse ersetzt.
- d) Nichtkrankenversicherte oder Versicherte deren Krankenversicherung Sportunfälle ausschließt, haben sich an dem so ermittelten Erstattungsbetrag mit 30% zu beteiligen.
- e) Für Kinder und Jugendliche gilt zusätzlich folgendes: Sind die Unfallfolgen voraussichtliche dauernde (Invalidität), so werden, so lange diese bestehen, längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, alle zur Beseitigung oder Linderung der Unfallfolgen nachweislich aufgewendeten notwendigen Kosten des Heilverfahrens sowie die Kosten künstlicher Glieder und sonstiger nach ärztlichem Ermessen notwendiger Anschaffungen bis zur Höhe von jährlich 4 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ersetzt.

Bei Verlust von Zähnen wird die in Absatz b) 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.

B Haftpflichtversicherung

I. Gegenstand der Versicherung

Die GERLING Allgemeine Versicherungs-AG (nachstehend "Versicherer" genannt) gewährt im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Haftpflichtversicherung (AHB), der gesetzlichen Bestimmungen und der nachfolgenden Vereinbarungen den Versicherten Haftpflichtversicherungsschutz für die Ausübung des Tauchsports, wenn und soweit für dieses Risiko kein Versicherungsschutz über die regionalen Landessportbünde/-verbände gegeben ist.

II. Umfang des Versicherungsschutzes

1. Versichert ist die persönliche gesetzliche Haftpflicht der Versicherten

- 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 Veranstaltungen 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. Wege risiko

Wegeunfälle sind in folgendem Rahmen mitversichert:

- a) weltweit (in Abänderung von § 3 Ziffer 13 AHB) 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 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 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.

III. Deckungserweiterungen

1. Auslandsschäden

- a) Eingeschlossen ist – abweichend von § 4 Ziffer 13 AHB - die gesetzliche Haftpflicht aus im Ausland vorkommenden Versicherungsfällen.
- b) Bei in den USA, USA-Territorien und Kanada eintretenden Versicherungsfällen oder dort geltend gemachten Ansprüchen werden – abweichend von § 3 Ziffer II 4 AHB - die Aufwendungen des Versicherers für Kosten als Leistungen auf die Deckungssumme angerechnet.

Kosten sind: Anwalts-, Sachverständigen-, Zeugen- und Gerichtskosten, Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung des Schadens bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles sowie Schadenermittlungskosten, auch Reisekosten, die dem Versicherer nicht selbst entstehen. Das gilt auch dann, wenn die Kosten auf Weisung des Versicherers entstanden sind.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Ansprüche auf Entschädigung mit Strafcharakter, insbesondere punitive und exemplary damages.

c) Ausgeschlossen sind:

- Ansprüche wegen Schäden, die unmittelbar oder mittelbar auf Kriegereignissen, anderen feindseligen Handlungen, Aufruhr, inneren Unruhen, Generalstreik oder unmittelbar auf Verfügungen oder Maßnahmen von Hoher Hand beruhen;
- Ansprüche aufgrund ausländischer Sozial- und Fürsorgebestimmungen;
- Ansprüche, bei denen die Schadenbearbeitung (Schadenermittlung, Schadenbesichtigung usw.) behindert wird, auch dann, wenn die Behinderung durch den Geschädigten, staatliche Stellen oder sonstige Personen oder Umstände erfolgt.

d) Die Leistungen des Versicherers erfolgen in EURO. Die Verpflichtung des Versicherers gilt mit dem Zeitpunkt als erfüllt, in dem der EURO-Betrag bei einem inländischen Geldinstitut angewiesen ist.

2. Gegenseitige Ansprüche

Mitversichert sind in teilweiser Änderung der §§ 4 Ziffer II 2 und 7 (2) AHB auch gesetzliche Haftpflichtansprüche

- 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, gleichgültig, ob die Aufsichtstätigkeit unentgeltlich oder entgeltlich ausgeübt wird.

Sonstige gegenseitige Haftpflichtansprüche von Mitversicherten bleiben bedingungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3. Tauchsportausbilder mit gültiger Lizenz

Versichert ist die persönliche gesetzliche Haftpflicht des Tauchsportausbilders 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 Tauchsportausbilder wegen Verletzung seiner Aufsichtspflicht aus Personen- und Sachschäden, vorausgesetzt, eine Tauchtiefe von 5 Metern wird nicht überschritten.

4. Technisches Tauchen

Mitversichert ist das „Technische Tauchen“ (Kreislaufgeräte-, Trimix-, Nitroxtauchen), wenn der Versicherte im Besitz eines gültigen Brevets einer vom VDST anerkannten Institution (Verband) ist.

5. Unterwasserfahrzeuge

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

IV. Risikobegrenzungen

Von der Versicherung ausgeschlossen ist, was nicht unter die versicherte Tätigkeit fällt, insbesondere die Haftpflicht

1. wegen Schäden an fremden Sachen,

- a) die der Versicherte gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;

- b) die durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit an oder mit diesen Sachen (z.B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung u.dgl.) entstanden sind;
2. aus Abhandenkommen von Sachen;
3. aus der Verwendung von Tribünen, deren Benutzung baupolizeilich nicht zugelassen ist, sowie aus Kleiderschäden durch Schmutz, Farbe und aus Strumpfschäden;
- 4.a) wegen Schäden, die der Versicherte oder eine von ihr bestellte oder beauftragte Person durch den Gebrauch von Kraftfahrzeugen, Kraftfahrzeuganhängern, Wasserfahrzeugen, Luft- und Raumfahrzeugen verursachen oder für die sie als Halter oder Besitzer von Wasserfahrzeugen oder Luft- und Raumfahrzeugen in Anspruch genommen werden (siehe aber Position III Ziffer 5) .
- Eine Tätigkeit der genannten Personen an Kraftfahrzeugen, Kraftfahrzeuganhängern und Wasserfahrzeugen ist kein Gebrauch im Sinne dieser Bestimmung, wenn keine dieser Personen Halter oder Besitzer der Fahrzeuge ist und wenn die Fahrzeuge hierbei nicht in Betrieb gesetzt werden.
- Besteht nach diesen Bestimmungen für einen Versicherten kein Versicherungsschutz, so gilt das auch für alle anderen Versicherten;
- b) aus Planung oder Konstruktion, Herstellung oder Lieferung von Luft- und Raumfahrzeugen oder Teilen für Luft- und Raumfahrzeuge, soweit die Teile ersichtlich für den Bau von Luft- und Raumfahrzeugen oder den Einbau in Luft- und Raumfahrzeuge bestimmt waren,
- aus Tätigkeiten (z.B. Montage, Wartung, Inspektion, Überholung, Reparatur, Beförderung) an Luft- und Raumfahrzeugen oder an Luft- und Raumfahrzeugteilen,
- und zwar wegen Schäden an Luft- und Raumfahrzeugen, der mit diesen beförderten Sachen, der Insassen sowie wegen sonstiger Schäden durch Luft- und Raumfahrzeuge;
5. aus Schäden, die durch Explosion oder Brand solcher Stoffe entstehen, bei deren Behandlung der Versicherte vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstoßen hat;
6. aus Veranstaltung sowie Abbrennen von Feuerwerken aller Art (auch bengalische Beleuchtung);
7. aus Schäden an Kommissionsware;
8. aus der Haltung von Tieren;
9. aus der Ausübung des Berufes des Versicherten, auch wenn diese im Auftrag oder Interesse des VDST, eines Landesverbandes oder Vereins erfolgte.

V. Versicherungsleistung

Die Deckungssumme beträgt je Versicherungsfall

1.000.000,00 EUR pauschal für Personen- und Sachschäden.

Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Doppelte dieser Deckungssumme.

VI. Obliegenheiten im Schadenfall

Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind die in § 5 AHB aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen.

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 oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat der Versicherte, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen (vgl. § 5 Ziffer 4 AHB).

C Rechtsschutzversicherung

Die GERLING Allgemeine Versicherungs-AG (nachstehend "Versicherer" genannt) gewährt Rechtsschutz gemäß den Gerling-Konzern Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-Bedingungen (GKA RVB), den Besonderen Vereinbarungen dieses Vertrages (Position I) und den Sonderbedingungen gemäß Position II, wenn und soweit der Versicherte nicht aus einem anderen Rechtsschutz-Versicherungsvertrag, als solcher gilt auch der des regionalen Landessportbundes/-verbandes, anspruchsberechtigt ist.

I. Besondere Vereinbarungen

1. 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 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 Veranstaltungen 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. Wegerisiko

Wegeunfälle sind in folgendem Rahmen mitversichert:

- a) weltweit (in Abänderung von § 6 GKA RVB) 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 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

Mitversichert ist das „Technische Tauchen“ (Kreislaufgeräte-, Trimix-, Nitroxtauchen), wenn der Versicherte im Besitz eines gültigen Brevets einer vom VDST anerkannten Institution (Verband) ist.

4. Wasserfahrzeuge

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

II. Sonderbedingungen

1. Versicherungsschutz wird den Versicherten für die Ausübung des Tauchsports gewährt.

2. 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;

b) Straf-Rechtsschutz

für die Verteidigung wegen des Vorwurfes eines Vergehens (ausgenommen verkehrsrechtliche Vergehen gemäß § 2 i aa GKA 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.

Bei Freiheitsstrafen sowie bei Geldstrafen und -bußen über 250,00 EUR sind Gnaden-, Strafaussetzungs-, Strafaufschub- und Zahlungserleichterungs-Verfahren eingeschlossen, und zwar für insgesamt zwei Anträge je Versicherungsfall;

c) Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz

für die Verteidigung wegen des Vorwurfes einer Ordnungswidrigkeit (ausgenommen und insoweit abweichend von § 2 i GKA RVB für verkehrsrechtliche Ordnungswidrigkeiten).

Bei Freiheitsstrafen sowie bei Geldstrafen und -bußen über 250,00 EUR sind Gnaden-, Strafaussetzungs-, Strafaufschub- und Zahlungserleichterungs-Verfahren eingeschlossen, und zwar für insgesamt zwei Anträge je Versicherungsfall.

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 Position I 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. Im übrigen gelten die §§ 1 bis 20 der GKA RVB.

III. Erläuterungen

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in Abänderung von § 6 GKA 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 entfiel, aber das betreffende ausländische Recht eine entsprechende Kostenerstattungspflicht des unterlegenen Gegners bzw. der Staatskasse nicht vorsieht.

Der Versicherer zahlt gemäß § 5 GKA RVB im Rahmen der gesetzlichen Gebührenordnungen:

- 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,
- 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. Die Versicherungssumme beträgt 50.000,00 EUR je Versicherungsfall.

3. 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) GKA RVB). Die Beauftragung des Rechtsanwaltes sollte zur Vermeidung von Mißverständnissen durch den Versicherer erfolgen.

Abschnitt III – Auslandsreise-Krankenversicherung

I. Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für während des versicherten Zeitraumes auf einer Auslandsreise akut eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Abweichend hiervon werden die in III Ziffer 4 a) genannten Informationsleistungen des Versicherers auch beim Aufenthalt innerhalb Deutschlands erbracht.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den deutschen gesetzlichen Vorschriften.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf vorübergehende Auslandsaufenthalte. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu einer Höchstdauer von 56 Tagen pro Auslandsaufenthalt.

Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme von Deutschland.

Kein Versicherungsschutz besteht in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

II. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt für Einzelmitglieder mit dem Eingang des vollständigen Mitgliedsantrages in der VDST-Geschäftsstelle, für Vereinsmitglieder mit dem Eintritt in einen VDST-Verein, sofern sie dem VDST als beitragspflichtige bzw. beitragsbefreite Neumitglieder gemeldet werden; jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Abweichend hiervon bietet der Versicherer die nachstehenden unter III Ziffer 4 a) genannten Informationsleistungen im Inland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

III. Umfang der Leistungspflicht

1. Erstattungsfähig zum vollen Rechnungsbetrag sind Aufwendungen für:
 - a) ärztliche Behandlung sowie medizinisch notwendige Druckkammerbehandlungen;
 - b) Arznei- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung;
 - c) Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie;
 - d) Röntgendiagnostik und andere bei akuten Krankheiten erforderliche, notwendige diagnostische Maßnahmen;
 - e) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
 - f) den medizinisch notwendigen Transport in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus oder, soweit medizinisch erforderlich, zu einer Druckkammer. Erstattungsfähig ist weiterhin der Transport zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
 - g) Operation einschließlich Operationsnebenkosten;

- h) Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht jedoch Zahnersatz, Zahnkronen und Kieferorthopädie; i) medizinisch notwendige Gehstützen in einfacher Ausführung;
 - j) den medizinisch notwendigen Rücktransport einer akut erkrankten Person aus dem Ausland und / oder
 - k) die Zusatzkosten für Hotel und Flüge, die bedingt durch einen Tauchunfall, durch eine zwangsweise längere Aufenthaltsdauer verursacht werden, die maximale Erstattung für Hotelaufenthalte beläuft sich auf 2.556,46 EUR;
 - l) die unter j) und k) genannten Leistungen für eine Begleitperson. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen;
 - m) die Überführung eines durch Krankheit oder Unfall im Ausland Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland bzw. wahlweise die Bestattung am ausländischen Sterbeort, höchstens jedoch 12.500,00 EUR.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Bei stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
3. Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die nach der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden 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.
4. Der Versicherer bietet weiterhin die folgenden Leistungen nach einem Tauchsportunfall durch eine 24-Stunden-Taucher-Hotline:
- a) beim Aufenthalt der versicherten Person innerhalb Deutschlands
 - °Vermittlung zu einem Tauchsportmediziner aus dem 24-Stunden-Bereitschaftsdienst des VDST
 - b) beim Aufenthalt der versicherten Person im Ausland:
 - °der Assisteur stellt seine Notrufeinrichtungen im Ausland zur Verfügung.
 - °Herstellung einer Telefonverbindung zur telefonischen Beratung mit einem Tauchsportmediziner aus dem 24-Stunden-Bereitschaftsdienst des VDST. Der Assisteur entscheidet gemeinsam mit dem Tauchsportarzt des VDST und dem behandelnden Arzt vor Ort über die notwendige weitere Behandlung.
 - °der Assisteur hilft über seinen örtlichen Korrespondenten bei dem Transport eines Verunfallten in eine Druckkammer.

IV. Kostenübernahmeerklärung

Der Versicherer verpflichtet sich, in den unter III 1 a) (nur bezüglich der Druckkammerbehandlung) e), f), j) und m) genannten Leistungsbereichen, eine Kostenübernahmeerklärung durch seinen Assisteur abgeben zu lassen. In anderen berechtigten Einzelfällen können versicherte Personen für zu erwartende Rechnungsbeträge über einem wertmäßigen Betrag von 511,29 EUR Kostenübernahmeerklärungen des Versicherers erhalten. Der Versicherer übernimmt keine Gewähr dafür, daß sich der Dienstleister vor Ort mit einer Kostenübernahmeerklärung begnügt.

V. Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht für:

- a) versicherte Personen, die aus beruflichen Gründen tauchen und bei einem beruflich begründeten Tauchgang einen Unfall erleiden;
- b) Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe der Reise waren oder mit denen bei Reisebeginn nach dem gewöhnlichen Verlauf der Reise zu rechnen ist;
- c) Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen sowie deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen sowie von Fehl- und Frühgeburten;
- d) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
- e) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen oder deren Vorbereitung verursacht werden;
- f) die unter e) genannte Einschränkung bezieht sich für angestellte Trainer des Versicherungsnehmers nur auf Tauchsportunfälle. Bei allen anderen Krankheits- und Unfallursachen besteht bedingungsgemäßer Versicherungsschutz;
- g) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- h) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- i) Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- j) Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- k) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- l) Kosten psychoanalytischer und psychotherapeutischer Behandlungen;
- m) Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, die als Geheimmittel gelten (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze;
- n) Hilfsmittel, z.B. Brillen, Einlagen usw., mit Ausnahme von Gehstützen.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen nach billigem Ermessen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen oder privaten Leistungen notwendig bleiben.

VI. Leistungsberechtigte Personen

1. Die Ansprüche aus dem Vertrag stehen der versicherten Person zu.

2. Die Auszahlung der Versicherungsleistungen erfolgt durch den Assistenten des Versicherers in der Vertragswährung (EUR). Ist ein Minderjähriger leistungsempfangsberechtigt, leistet der Versicherer an seine gesetzlichen Vertreter.
3. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind, sofern deren Beschaffung der versicherten Person billigerweise zugemutet werden kann; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Rechnungen müssen im Original eingereicht werden und den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen), die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers sowie die Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk der Apotheke deutlich hervorgehen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.
4. Der Anspruch auf Erstattung von Transport- oder Rücktransportkosten ist durch eine ärztliche Bescheinigung, aus der die medizinische Notwendigkeit des Krankentransportes ersichtlich ist, zu begründen.
5. Die Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten erfolgen nur gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache, der amtlichen Sterbeurkunde und der Kostenbelege.
6. Der Versicherer wird durch Leistung an den Inhaber der Kostennachweise von seiner Verpflichtung befreit. Er ist berechtigt, aber nicht verpflichtet, die Legitimation des Inhabers zu prüfen. Sind berechnete Zweifel an der Legitimation des Übersenders der Kostennachweise bekannt, wird der Versicherer Leistungen an die versicherte Person auszahlen.
7. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Vertragswährung EUR umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt 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 dem jeweils neuesten Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, daß sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
8. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
9. Kosten für Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
10. Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG

VII. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz für die einzelnen versicherten Personen endet:

1. mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen dem VDST und dem Versicherer.
2. mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Dies gilt insoweit nicht für die unter III Ziffer 4 a) genannten Informationsleistungen, diese werden auch beim Aufenthalt der versicherten Person innerhalb Deutschlands während der vereinbarten Versicherungsdauer gewährt.
3. am Tage der Austritts der versicherten Person aus dem VDST bzw. einem VDST-Verein.
4. mit dem Ableben der versicherten Personen.

Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in ein Land, in dem gemäß I Ziffer 4 kein Versicherungsschutz besteht. Erfordert eine Erkrankung oder ein Unfall, für den Leistungsanspruch besteht, längere Behandlung und ist ein Rücktransport medizinisch nicht möglich, gewährt der Versicherer Leistungen ohne weitere Beitragszahlung bis längstens ein Jahr über den Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes hinaus.

Abschnitt 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 VDST der

GERLING Allgemeine Versicherungs-AG
GFP/Sport-Schaden
Postfach 13 03 19, 50497 Köln
Tel. (0221) 144-3159
Fax. (0221) 144-6003159 oder 144-3783

zu melden.

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

Die Schadenanzeige ist in allen Teilen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen.

2. Unfallversicherung

- a) 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.
- b) **Dauerschäden / Invalidität:** Eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge muß innerhalb eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet, eingetreten sein; sie muß spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten nach dem Unfalljahr ärztlich festgestellt und geltend gemacht werden. Ergibt sich bereits früher die Gefahr eines Dauerschadens, so ist der Versicherer unverzüglich in Kenntnis zu setzen.
- c) **Todesfälle** sind dem Versicherer spätestens innerhalb 48 Stunden, soweit möglich und zumutbar, im übrigen unverzüglich anzuzeigen. Diese Anzeige kann telefonisch oder per Fax erfolgen (Nummern s. oben). Der Unfall ist ebenfalls unverzüglich mit genauer Schadenschilderung dem VDST zu melden.
- d) **Heilkostenerstattung:** Kommt eine Erstattung von Heilkosten in Frage, sind spezifizierte Arzt- (Zahnarzt-)rechnungen mit dem Erstattungsvermerk der Krankenversicherung einzureichen. Rechnungen des Arztes und für andere Heilkosten sind in jedem Fall zuerst der Krankenkasse zur Begleichung einzureichen.
- e) **Bergungskostenerstattung:** Kommt eine Erstattung von Bergungskosten in Frage, sind spezifizierte Rechnungen mit dem Erstattungsvermerk der Krankenversicherung einzureichen.

3. Haftpflichtversicherung

- a) Jeder Versicherungsfall ist unverzüglich nach Kenntnis schriftlich anzuzeigen.
- b) Der Meldung sind die Anschriften der Zeugen und - soweit erforderlich - eine Skizze beizufügen.
- c) Bei Eintritt eines Schadens ist alles zu tun, was zur Aufklärung des Tatbestandes oder zur Minderung des Schadens erforderlich ist.
- d) 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.
- e) Es ist zweckmäßig, wenn sich die Inanspruchgenommenen bei der Einreichung der Haftpflichtschadenanzeige zur Höhe der Ansprüche, insbesondere zu ihrer Angemessenheit äußern.
- f) 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 oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat der Versicherte, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
- g) Die Haftpflichtschadenanzeige ist vom Versicherten auszufüllen und zu unterschreiben, nicht vom Geschädigten.

4. Rechtsschutzversicherung

- a) 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.
- b) Mit der Schadenmeldung kann gleichzeitig der in Aussicht genommene Rechtsanwalt benannt werden.
- c) 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.
- d) Die Beauftragung des Rechtsanwaltes sollte ausschließlich durch den Versicherer erfolgen.

B Auslandsreise-Krankenversicherung

Rechnungen sind **nicht** dem Versicherer, sondern **direkt** der

europ assistance
Einsatzbetreuungs- und Auslandsdienste GmbH,
Infanteriestraße 11, 80797 München

zwecks Begleichung einzureichen.

I. Obliegenheiten

1. Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

2. Der Versicherer ist auf Verlangen zu ermächtigen, jederzeit alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten aller Art einzuholen; diese sind gleichzeitig von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat, nach Möglichkeit, für die Minderung des Schadens zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist sie im Leistungsfall verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
6. Hat die versicherte Person ihre Adresse (Wohnung oder Geschäft) geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die der versicherten Person gegenüber abgegeben werden muß, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten, dem Versicherer bekannten Adresse. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Adressenänderung bei regelmäßiger Beförderung der versicherten Person zugegangen sein müßte.

II. Folgen der Obliegenheitsverletzungen

1. Verletzt die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig eine der in I Ziffer 1-4 genannten Obliegenheiten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
2. Wird die in I Ziffer 5 genannte Obliegenheit durch eine versicherte Person verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Leistungsverweigerungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

III. Verjährung/Klagefrist/Gerichtsstand/Anwendbares Recht

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Versicherungsleistung fällig wird. Ist der Anspruch der versicherten Person bei dem Versicherer angemeldet worden, bleibt der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers bei der Fristberechnung unberücksichtigt.

Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsschutz dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist der Anspruch durch die versicherte Person zur Vermeidung des Verlustes innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend zu machen. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung.