

7. Zahlungsmodalitäten/Lieferung/Erfüllung:

Die Monatsbeiträge sind kostenfrei monatlich zum Monatsersten auf das Konto der Genossenschaft zu überweisen.

Versorgungsleistungen beginnen immer nur nach Ablauf eventueller Karenz- und Wartezeiten, frühestens jedoch mit Zahlungseingang des dritten Monatsbeitrages.

8. Das Mitglied hat folgendes Widerrufsrecht:

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, jedoch nicht vor Vertragsschluss und auch nicht vor Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß Artikel 246 § 2 in Verbindung mit § 1 Abs. 1 und 2 EGBGB sowie unserer Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB in Verbindung mit Artikel 246 § 3 EGBGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

DKE-Vorsorge eG., Hauptstrasse 32, 86459 Gessertshausen
Fax: 08238-9909199

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren und ggf. gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben. Können Sie uns die empfangene Leistung ganz oder teilweise nicht oder nur in verschlechtertem Zustand zurückgewähren, müssen Sie uns insoweit ggf. Wertersatz leisten. Dies kann dazu führen, dass Sie die vertraglichen Zahlungsverpflichtungen für den Zeitraum bis zum Widerruf gleichwohl erfüllen müssen. Verpflichtungen zur Erstattung von Zahlungen müssen innerhalb von 30 Tagen erfüllt werden. Die Frist beginnt für Sie mit der Absendung Ihrer Widerrufserklärung, für uns mit deren Empfang.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt vorzeitig, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

9. Fernkommunikationsmittel:

hierfür entstehen keine Kosten.

10. Angebot/Preis:

Das verbindliche Angebot der Genossenschaft kann nur bis zu dem im Angebot angegebenen Datum angenommen werden.

Satzung der DKE-Vorsorge eG

§ 1 Name, Sitz, Zweck, Gegenstand

- (1) Die Firma der Genossenschaft lautet: DKE-Vorsorge eG. Der Sitz der Genossenschaft ist Gessertshausen.
- (2) Zweck der Genossenschaft ist die Förderung des Erwerbs, der Wirtschaft der Mitglieder und deren soziale und kulturelle Belange mittels gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebes.
- (3) Gegenstände des Unternehmens sind die Information über und die Unterstützung der Mitglieder bei Entscheidungen über Vorsorgemöglichkeiten, insbesondere über Möglichkeiten der Familien-, Unfall-, der Altersvorsorge und der Absicherung von Leben und Gesundheit.
- (4) Die Genossenschaft darf alle Maßnahmen treffen, die geeignet sind, den Gesellschaftszweck zu fördern, sich an anderen Unternehmen beteiligen, Zweigniederlassungen und andere Unternehmen gründen oder solche erwerben. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kann sie sich der Hilfe sachverständiger Dritter bedienen und ist berechtigt, zur Sicherung der Liquidität, Teile des Genossenschaftskapitals in rentierliche Geld- und Kapitalmarktpapiere anzulegen.
- (5) Geschäfte mit Nichtmitgliedern sind zulässig.

§ 2 Geschäftsanteil, Zahlungen, Rücklagen, Nachschüsse, Rückvergütung, Verjährung

- (1) Der Geschäftsanteil beträgt 1 €.
- (2) Entfallen
- (3) Mitglieder können beliebig viele Geschäftsanteile übernehmen.
- (4) Mit Beitritt ist ein Eintrittsgeld und Agio zu leisten. Höhe und Fälligkeit dieser sowie der laufenden Beiträge zur Genossenschaft beschließen Vorstand und Aufsichtsrat in gemeinsamer Sitzung.
- (5) Beteiligungen von Investoren an der Genossenschaft sind zulässig. Die Zulassung eines investierenden Mitglieds bedarf der Zustimmung des Aufsichtsrates
- (6) Der gesetzlichen Rücklage sind mindestens 5% des Jahresgewinns bis zu 100% der Summe der Geschäftsanteile zuzuführen.
- (7) Die Mitglieder sind nicht zur Leistung von Nachschüssen verpflichtet.
- (8) Ansprüche auf Auszahlung von Gewinnen, Rückvergütungen und Auseinandersetzungsguthaben verjähren in zwei Jahren ab Fälligkeit. Die Beträge werden den Rücklagen zugeführt.
- (9) Entfallen

§ 3 Generalversammlung

- (1) Die Generalversammlung wird durch unmittelbare Benachrichtigung sämtlicher Mitglieder (postalisch, fernschriftlich, elektronisch) oder durch Bekanntmachung in dem in § 7 der Satzung vorgesehenen Blatt einberufen. Die Einladung muss mindestens 17 Kalendertage vor der Generalversammlung abgesendet/veröffentlicht werden. Ergänzungen und Änderungen der Tagesordnung müssen spätestens zehn Kalendertage vor der Generalversammlung abgesendet/veröffentlicht werden.
- (2) Jede ordnungsgemäß einberufene Generalversammlung ist beschlussfähig.
- (3) Mitglieder haben unabhängig von der Zahl der gezeichneten Anteile eine Stimme.
- (4) Bei Beschlussfassungen dürfen die Stimmen investierende Mitglieder nicht mehr als 10% der gültig abgegebenen Stimmen der ordentlichen Mitglieder ausmachen.
- (5) Den Vorsitz in der Generalversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder sein Stellvertreter, im Verhinderungsfalle ein Vorstandsmitglied.
- (6) Die Generalversammlung beschließt eine Geschäftsordnung.
- (7) Beschlüsse werden gem. § 47 GenG protokolliert.
- (8) Die Generalversammlung wählt die Mitglieder des Aufsichtsrates und bestimmt ihre Amtszeit.
- (9) Die Generalversammlung kann jederzeit Mitglieder des Vorstandes mit zwei Drittel Mehrheit abwählen.

§ 4 Vorstand

- (1) Der Vorstand besteht aus mindestens einem Mitglied. Besteht der Vorstand aus mehr als einem Mitglied können zwei Vorstandsmitglieder rechtsverbindlich für die Genossenschaft zeichnen und Erklärungen abgeben. Ist ein Vorstand bestellt, so vertritt er die Genossenschaft allein. Die Genossenschaft

kann auch durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen gesetzlich vertreten werden. Die Vorstandsmitglieder sind von den Beschränkungen i. S. d. des § 181 2. Alt. BGB befreit. Der Vorstand kann Beschlüsse auch schriftlich, telefonisch und auf elektronischem Wege fassen.

(2) Dienstverträge mit Vorstandsmitgliedern werden vom Aufsichtsrat abgeschlossen.

(3) Der Vorstand bedarf der Zustimmung des Aufsichtsrates für a) Geschäftsordnungsbeschlüsse, b) die Grundsätze der Geschäftspolitik, c) den Wirtschafts- und Stellenplan, d) die Beteiligung an anderen Unternehmen und Vereinigungen, einschließlich Abschluss von Kooperationsverträgen, e) die Belastung von Grundstücken und f) die Erteilung von Prokura, Handlungsvollmacht und sonstigen Vollmachten zur rechtsgeschäftlichen Vertretung.

§ 5 Aufsichtsrat

- (1) Sofern ein Aufsichtsrat bestellt wird, besteht er aus drei Mitgliedern.
- (2) Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder an der Beschlussfassung teilnimmt. Der Aufsichtsrat kann schriftlich, telefonisch und auf elektronischem Wege Beschlüsse fassen, wenn kein Aufsichtsratsmitglied der Beschlussfassung widerspricht.
- (3) Der Aufsichtsrat bestellt den Vorstand und überwacht die Leitung der Genossenschaft.
- (4) Spätestens ab dem 21. Mitglied ist ein Aufsichtsrat zu wählen; vorher werden dessen Rechte und Pflichten von der Generalversammlung wahrgenommen. Sie wählt einen Bevollmächtigten, der die Genossenschaft gegenüber dem Vorstand gerichtlich und außergerichtlich vertritt.

§ 6 Beendigung der Mitgliedschaft, Ausschluss, Auseinandersetzung

- (1) Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.
- (2) Mitglieder, die die Genossenschaft schädigen, können ausgeschlossen werden.
- (3) Die Mitglieder sind verpflichtet, der Genossenschaft ihre Anschrift mitzuteilen.
- (4) Über den Ausschluss entscheidet der Vorstand. Gegen die Entscheidung kann beim Aufsichtsrat Widerspruch eingelegt werden. Erst nach dessen Entscheidung kann der Ausschluss gerichtlich angefochten werden. Über Ausschlüsse von Vorstands- oder Aufsichtsratsmitgliedern entscheidet die Generalversammlung.
- (5) Beim Auseinandersetzungsguthaben werden Verlustvorträge anteilig abgezogen.

§ 7 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen erfolgen unter der Firma der Genossenschaft in der „Berliner Morgenpost“.

Diese Satzung ist durch die Mitgliederversammlung vom 19.02.2009 beschlossen, ausgefertigt und beim Amtsgericht zur Eintragung angemeldet worden.

DKE-Vorsorge eG

Allgemeine Geschäftsordnung

DIE MITGLIEDSCHAFT

§ 1 Erwerb der Mitgliedschaft

- (1) Als ordentliches Mitglied aufnahmefähig ist nur, wer die Mitgliedschaft bis zum 01.10.2008 beantragt hat, Vollkaufmann ist und dessen Mitgliedschaft im Interesse der Genossenschaft liegt. Ausnahmen hiervon sind durch gemeinsamen Beschluss von Aufsichtsrat und Vorstand möglich.
- (2) Die Mitgliedschaft wird erworben durch die unbedingte Erklärung des Beitritts durch Unterzeichnung der Beitrittserklärung. Die Mitgliedschaft beginnt zum nächst möglichen Monatsersten. Es gilt das Unterschriftsdatum der Beitrittserklärung.
- (3) Die Annahme investierender Mitglieder kann der Aufsichtsrat dem Vorstand übertragen. Die Entscheidungshoheit im Einzelfall verbleibt jedoch beim Aufsichtsrat.

§ 2 Beendigung der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft endet durch Kündigung, vollständige Übertragung des Geschäftsguthabens, Tod oder Ausschluss.

§ 3 Kündigung

Jedes Mitglied kann seine Mitgliedschaft zum Schluss eines Geschäftsjahres schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist regelt die Satzung. Die Kündigung einer Mitgliedschaft ist seitens der Genossenschaft insbesondere dann möglich, wenn es der Genossenschaft nicht mehr möglich ist, die vom Mitglied gewünschte Vorsorgeleistung über einen Versicherer mittels Gruppenvertrag zu erbringen.

§ 4 Übertragung des Geschäftsguthabens

- (1) Ein Mitglied kann jederzeit, auch im Laufe des Geschäftsjahres, sein Geschäftsguthaben ganz oder teilweise durch schriftliche Vereinbarung auf einen anderen übertragen und hierdurch aus der Genossenschaft ohne Auseinandersetzung ausscheiden, sofern der Erwerber bereits Mitglied ist oder wird. Die Übertragung des Geschäftsguthabens bedarf der Zustimmung des Vorstandes.
- (2) Ist der Erwerber nicht Mitglied der Genossenschaft, so muss er die Mitgliedschaft erwerben. Ist der Erwerber bereits Mitglied, so ist das Geschäftsguthabens des Ausgeschiedenen seinem Geschäftsguthabens zuzuschreiben.

§ 5 Tod eines Mitgliedes, Auflösung einer juristische Person oder Personengesellschaft

- (1) Stirbt ein Mitglied, dann endet die Mitgliedschaft.
- (2) Wird eine juristische Person oder eine Personengesellschaft aufgelöst oder erlischt sie, so endet die Mitgliedschaft mit dem Schluss des Geschäftsjahres, in dem die Auflösung oder das Erlöschen wirksam geworden ist. Führt die Auflösung oder das Erlöschen zu einer Gesamtrechtsnachfolge, so setzt der Gesamtrechtsnachfolger die Mitgliedschaft bis zum Schluss des Geschäftsjahres fort.

§ 6 Ausschluss

- (1) Ein Mitglied kann aus der Genossenschaft zum Schluss des Geschäftsjahres ausgeschlossen werden, wenn
 - a) es trotz schriftlicher Aufforderung, unter Androhung des Ausschlusses, den satzungsmäßigen oder sonstigen der Genossenschaft gegenüber bestehenden Verpflichtungen nicht nachkommt;
 - b) es über seine rechtlichen und/oder wirtschaftlichen Verhältnisse falsche Angaben macht;
 - c) es durch Nichterfüllung seiner Verpflichtungen gegenüber der Genossenschaft diese schädigt oder geschädigt hat;
 - d) es zahlungsunfähig geworden ist oder wenn über sein Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet worden ist;
 - e) die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Genossenschaft nicht vorhanden waren oder nicht mehr vorhanden sind;
 - f) sich sein Verhalten mit den Belangen der Genossenschaft nicht vereinbaren lässt.
- (2) Für den Ausschluss ist der Vorstand zuständig.
- (3) Vor der Beschlussfassung ist der Auszuschließenden Gelegenheit zu geben, sich zu dem beabsichtigten Ausschluss zu äußern. Hierbei sind ihm die wesentlichen Tatsachen, auf denen der Ausschluss beruhen soll, sowie der gesetzliche oder satzungsmäßige Ausschließungsgrund mitzuteilen.
- (4) Der Beschluss ist dem Ausgeschlossenem von dem Vorstand unverzüglich mittels Brief oder Anzeige im PEP (Persönliches Elektronisches Postfach) mitzuteilen. Von der Absendung des Briefes oder das Datum der Anzeige im PEP an kann das Mitglied nicht mehr an der Generalversammlung teilnehmen oder die Einrichtungen der Genossenschaft nutzen. Die vorübergehende Nutzung der Einrichtungen der Genossenschaft kann dem Mitglied ganz oder teilweise und/oder mit entsprechenden Auflagen versehen vom Vorstand schriftlich erteilt werden.
- (5) Der Ausgeschlossenem kann, wenn nicht die Generalversammlung den Ausschluss beschlossen hat, innerhalb eines Monats seit der Absendung des Briefes oder der Anzeige im PEP Beschwerde beim Aufsichtsrat einlegen. Die Beschwerdeentscheidung des Aufsichtsrates ist genossenschaftsintern endgültig. Legt der Ausgeschlossenem nicht fristgerecht Beschwerde ein, ist der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

§ 7 Auseinandersetzung

- (1) Für die Auseinandersetzung zwischen dem ausgeschiedenen Mitglied und der Genossenschaft ist der zuletzt festgestellte Jahresabschluss maßgebend. Im Fall der vollständigen Übertragung des Geschäftsguthabens findet eine Auseinandersetzung nicht statt. Auf die Rücklagen und das sonstige Vermögen der Genossenschaft hat das Mitglied keinen Anspruch.
- (2) Dem ausgeschiedenen Mitglied ist das Auseinandersetzungsguthaben grundsätzlich binnen sechs Monaten nach dem Ausscheiden auszuführen.
- (3) Die Genossenschaft ist berechtigt, bei der Auseinandersetzung die ihr gegen das ausgeschiedene Mitglied zustehenden fälligen Forderungen gegen das auszahlende Guthaben aufzurechnen.

DKE-Vorsorge eG

Allgemeine Geschäftsordnung

- (4) Die Auseinandersetzung des ausgeschiedenen Mitgliedes mit der Genossenschaft bestimmt sich nach der Vermögenslage der Genossenschaft, dem Mindestkapital und dem Bestand des Geschäftsguthabens des Mitglieds zur Zeit seines Ausscheidens. Reicht das Vermögen der Genossenschaft einschließlich der Rücklagen und aller Geschäftsguthaben zur Deckung der Schulden nicht aus, so ist das ausgeschiedene Mitglied verpflichtet, von dem Fehlbetrag einen nach dem Verhältnis der Geschäftsanteile zu berechnenden Anteil, höchstens jedoch die Haftsumme, an die Genossenschaft zu zahlen. Der Genossenschaft haftet das Auseinandersetzungsguthaben des Mitglieds für einen etwaigen Ausfall, insbesondere im Insolvenzverfahren.
- (5) Scheidet ein Mitglied aus der Genossenschaft aus ohne die laut Beitrittserklärung vereinbarten Beiträge vollständig eingezahlt zu haben, ist die Genossenschaft berechtigt, eine Aufwandsentschädigung von bis zu 20% der Bewertungssumme der Beteiligung auf dem errechneten Auseinandersetzungsguthaben des Mitglieds in Minderung zu bringen. Die Bewertungssumme berechnet sich aus dem Monatsbeitrag laut Beitrittserklärung, multipliziert mit dem Mittelwert aus der Mindest- und Maximallänge der Beitragspflichtigephase nach §35 Abs. 2. Das Mitglied ist berechtigt, auf seinen Kosten einen geringeren Schaden nachzuweisen.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend für die Auseinandersetzung bei der Kündigung einzelner Geschäftsanteile.

§ 8 Rechte der Mitglieder

Jedes Mitglied hat das Recht,

- a) an der Generalversammlung, an ihren Beratungen, Abstimmungen und Wahlen teilzunehmen und dort Auskünfte über Angelegenheiten der Genossenschaft zu verlangen, soweit dem § 28 nichts entgegensteht;
- b) Anträge für die Tagesordnung der Generalversammlung einzureichen;
- c) bei Anträgen auf Berufung einer außerordentlichen Generalversammlung mitzuwirken; zu solchen Anträgen bedarf es der Unterschrift mindestens des zehnten Teils der Mitglieder;
- d) die Niederschrift über die Generalversammlung einzusehen;
- e) rechtzeitig vor Feststellung des Jahresabschlusses durch die Generalversammlung eine Einsicht in den Geschäftsbericht und den Bericht des Aufsichtsrates zu nehmen.

§ 9 Pflichten der Mitglieder

Jedes Mitglied hat die Pflicht, die Interessen der Genossenschaft nach Kräften zu unterstützen. Dazu gehört insbesondere:

- a) den Bestimmungen des Genossenschaftsgesetzes, der Satzung, dieser Geschäftsordnung, der Erweiterte Geschäftsordnung mit den Bedingungen für Vorsorgeleistungen, der Beitrittserklärung, eventuelle Vereinbarungen und den Beschlüssen der Generalversammlung nachzukommen;
- b) die Einzahlungen auf den Geschäftsanteil oder auf weitere Genossenschaftsanteile zu leisten;
- c) auf Anforderung, die für die Genossenschaft erforderlichen Unterlagen einzureichen. Die Auskünfte werden von der Genossenschaft vertraulich behandelt;
- d) das festgelegte Eintrittsgeld, Abschlussprovision, Marketingentgelt, Ratengebühren und jährliche Kontoführungsgebühren und Kosten zu zahlen;
- e) zur Regelungen aller Streitigkeiten, aus welchem Grunde auch immer, vor Inanspruchnahme der Gerichte, die Schiedsstelle zu befassen und deren Ergebnis abzuwarten (Näheres regelt § 38 dieser Geschäftsordnung).

DIE VORSORGELEISTUNGEN

§ 10 Die „Vorsorgeleistungen“

Gegenstände des Unternehmens sind die Information über und die Unterstützung der Mitglieder bei Entscheidungen über Vorsorgemöglichkeiten, insbesondere über Möglichkeiten der Familien-, Unfall-, der Altersvorsorge und der Absicherung von Leben und Gesundheit. Näheres regelt die „Erweiterte Geschäftsordnung mit den Bedingungen für Vorsorgeleistungen“ welche als Anlage dieser Allgemeine Geschäftsordnung beigelegt ist.

§ 11 Organe der Genossenschaft

Die Organe der Genossenschaft sind der Vorstand, der Aufsichtsrat und die Generalversammlung.

VORSTAND

§ 12 Zusammensetzung, Leitung der Genossenschaft

- (1) Die Zusammensetzung des Vorstandes regelt die Satzung.
- (2) Der Vorstand leitet die Genossenschaft in eigener Verantwortung.
- (3) Der Vorstand führt die Geschäfte der Genossenschaft gemäß den Vorschriften der Gesetze, der Satzung, dieser Geschäftsordnung und der Geschäftsordnung für den Vorstand.
- (4) Der Vorstand vertritt die Genossenschaft gerichtlich und außergerichtlich.

§ 13 Aufgaben und Pflichten des Vorstands, zustimmungspflichtige Geschäfte

- (1) Die Vorstandsmitglieder haben bei ihrer Geschäftsführung die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters einer Genossenschaft anzuwenden. Über vertrauliche Angaben und Geheimnisse, namentlich Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse, die ihnen durch die Tätigkeit im Vorstand bekannt geworden sind, haben sie Stillschweigen zu bewahren. Vorstandmitglieder, die ihre Pflichten verletzen, sind der Genossenschaft zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Ist streitig, ob sie die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters einer Genossenschaft angewandt haben, so trifft sie die Beweislast.
- (2) Der Vorstand hat insbesondere
 - a) die Geschäfte entsprechend Zweck und Gegenstand der Genossenschaft ordnungsgemäß zu führen;
 - b) die für den ordnungsgemäßen und erfolgreichen Geschäftsbetrieb notwendigen personellen, finanziellen, organisatorischen und sachlichen Maßnahmen rechtzeitig zu planen und durchzuführen;

DKE-Vorsorge eG

Allgemeine Geschäftsordnung

- c) eine Geschäftsordnung für den Vorstand nach Anhörung des Aufsichtsrates aufzustellen, die vom Vorstand einstimmig zu beschließen und von allen Vorstandsmitgliedern zu unterzeichnen ist;
- d) für eine ordnungsgemäße Buchführung und ein zweckdienliches Rechnungswesen zu sorgen;
- e) spätestens innerhalb der gesetzlichen Fristen Jahresabschluss und Geschäftsbericht aufzustellen, dem Aufsichtsrat unverzüglich und sodann mit dessen Bemerkungen der Generalversammlung zur Feststellung des Jahresabschlusses vorzulegen;
- f) ein Verzeichnis der Mitglieder zu führen;
- g) dem zuständigen gesetzlichen Prüfungsverband Einberufung, Termin, Tagesordnung und Anträge für die Generalversammlung rechtzeitig anzuzeigen;
- h) im Prüfungsbericht festgestellte Mängel abzustellen und dem gesetzlichen Prüfungsverband hierüber zu berichten.
- (i) Zustimmungspflichtige Geschäfte regelt die Satzung.

§ 14 Berichterstattung an den Aufsichtsrat

Der Vorstand hat dem Aufsichtsrat regelmäßig über die betrieblich wesentlichen Grundlagen zu informieren.

§ 15 Bestellung und Dienstverhältnis

- (1) Der Vorstand wird von dem Aufsichtsrat bestellt und abberufen. Die Vorstandsmitglieder werden in getrennten Wahlgängen gewählt. Den Vorsitzenden des Vorstands und dessen Stellvertreter wählt nach jeder Bestellung von Vorstandsmitgliedern der Aufsichtsrat.
- (2) Der Aufsichtsrat unterzeichnet mit jedem Vorstandsmitglied einen Dienstvertrag. Die Laufzeit dieser Vereinbarung orientiert sich höchstens an der Laufzeit der Wahlperiode.
- (3) Mitglieder des Vorstandes scheidern mit Ende des Kalenderjahres aus dem Vorstand aus, in dem sie das 67. Lebensjahr vollendet haben. Hiervon kann durch gesonderte schriftliche Vereinbarung abgewichen werden.
- (4) Die Amtsperiode der Vorstandsmitglieder beträgt fünf Jahre und dauert bis zur Nachwahl des Nachfolgers an. Sie beginnt mit dem Schluss der Generalversammlung, die die Wahl vorgenommen hat, und endet am Schluss der Generalversammlung, die für das fünfte Geschäftsjahr nach der Wahl stattfindet. Hierbei wird das Geschäftsjahr, in welchem das Vorstandsmitglied gewählt wird, mitgerechnet. Wiederbestellung ist zulässig.
- (5) Der Dienstvertrag mit einem Vorstandsmitglied kann durch den Aufsichtsrat gekündigt werden.
- (6) Für die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund (fristlose Kündigung) ist die Generalversammlung zuständig. Die Kündigung hat die Aufhebung der Organstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens zur Folge.
- (7) Der Aufsichtsrat kann jederzeit ein Vorstandsmitglied seines Amtes entheben.
- (8) Die Vorstandsmitglieder dürfen ihr Amt vor Ablauf der Amtsdauer nur nach rechtzeitiger Ankündigung und nicht zur Unzeit niederlegen, so dass ein Vertreter bestellt werden kann; es sei denn, dass ein wichtiger Grund für die Amtsniederlegung gegeben ist.

§ 16 Willensbildung

- (1) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder mitwirkt. Er fasst seine Beschlüsse mit Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit kann ein Vorstandsmitglied eine verbindliche Entscheidung des Aufsichtsrates verlangen, ansonsten gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (2) Beschlüsse, die über den regelmäßigen Geschäftsbetrieb hinausgehen, sind zu Beweiszwecken zu protokollieren. Die Protokolle sind fortlaufend zu nummerieren und von den an der Beschlussfassung beteiligten Vorstandsmitgliedern zu unterzeichnen.
- (3) Wird über geschäftliche Angelegenheiten der Genossenschaft beraten, die die Interessen eines Vorstandsmitgliedes, seines Ehegatten, seiner Eltern, Kinder und Geschwister oder einer von ihm kraft Gesetzes oder Vollmacht vertretenen Person berühren, so darf das betroffene Vorstandsmitglied an der Abstimmung nicht teilnehmen. Das Vorstandsmitglied ist jedoch vor der Beschlussfassung zu hören.

§ 17 Teilnahme an Sitzungen des Aufsichtsrates

Die Mitglieder des Vorstandes sind berechtigt, an den Sitzungen des Aufsichtsrates teilzunehmen. Durch Beschluss des Aufsichtsrates kann die Teilnahme ausgeschlossen werden. In den Sitzungen des Aufsichtsrates hat der Vorstand die erforderlichen Auskünfte über geschäftliche Angelegenheiten zu erteilen.

AUFSICHTSRAT

§ 18 Aufgaben und Pflichten des Aufsichtsrates

- (1) Der Aufsichtsrat hat die Geschäftsführung des Vorstandes zu überwachen und sich zu diesem Zweck über die Angelegenheiten der Genossenschaft zu unterrichten.
- (2) Der Aufsichtsrat hat den Jahresabschluss, den Geschäftsbericht und den Vorschlag des Vorstandes für die Verwendung eines Jahresüberschusses oder für die Deckung eines Jahresfehlbetrages zu prüfen. Er hat sich darüber zu äußern und der Generalversammlung vor Feststellung des Jahresabschlusses Bericht zu erstatten.
- (3) Einzelheiten über die Erfüllung der dem Aufsichtsrat obliegenden Pflichten regelt die vom Aufsichtsrat aufzustellende Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat.
- (4) Die Aufsichtsratsmitglieder haben bei ihrer Tätigkeit die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Aufsichtsratsmitgliedes einer Genossenschaft anzuwenden. Sie haben über alle vertraulichen Angaben und Geheimnisse der Genossenschaft sowie der Mitglieder und Kunden, die ihnen durch die Tätigkeit im Aufsichtsrat bekannt geworden sind, Stillschweigen zu bewahren.
- (5) Die Aufsichtsratsmitglieder dürfen keine nach dem Geschäftsergebnis bemessene Vergütung beziehen. Dagegen kann neben dem Ersatz der Auslagen im Rahmen der steuerlichen Höchstsätze eine Aufsichtsratsvergütung gewährt werden, über die die gemeinsame Sitzung von Aufsichtsrat und Vorstand beschließt.

§ 19 Gemeinsame Sitzungen von Vorstand und Aufsichtsrat, zustimmungsbedürftige Angelegenheiten

- (1) Folgende Angelegenheiten bedürfen der Zustimmung des Aufsichtsrates:

DKE-Vorsorge eG

Allgemeine Geschäftsordnung

- a) der Abschluss und die Kündigung von Verträgen mit besonderer Bedeutung, insbesondere von solchen Verträge die wiederkehrende Verpflichtungen, Einnahmen und Ausgaben in erheblichem Umfang für die Genossenschaft begründen;
 - b) über die Anschaffung und Veräußerung von Sachen im Wert von mehr als 5.000 Euro.
 - c) wesentliche Vorschläge zur Beratung und Beschlussfassung durch die Generalversammlung;
 - d) Feststellung der Gebühren (Erhebung, Fälligkeit und Höhe der Gebühren wie Eintrittsgeld, Agios, jährlichen Kontoführungsgebühr usw.);
 - e) Austritt aus genossenschaftlichen Verbänden und Vereinigungen;
 - f) Festlegung von lang- und mittelfristigen Unternehmenszielen;
 - g) Grundsätze für die Aufnahme und Gewährung von Krediten,;
 - h) Allgemeine Geschäftsbedingungen;
 - i) die Gewährung von Krediten.
- (2) Den Vorsitz in den gemeinsamen Sitzungen führt ein Vorstandsmitglied.
 - (3) Ein Antrag ist abgelehnt, wenn er nicht die Mehrheit findet.
 - (4) Beschlüsse sind zu Beweiszwecken in einem gemeinsamen Protokoll festzuhalten; das Ergebnis der getrennten Abstimmung ist hierbei festzuhalten.

§ 20 Zusammensetzung und Wahl

- (1) Die Anzahl der Mitglieder des Aufsichtsrates regelt die Satzung.
- (2) Die Amtsdauer beträgt fünf Jahre. Sie beginnt mit dem Schluss der Generalversammlung, die die Wahl vorgenommen hat, und endet am Schluss der Generalversammlung, die für das fünfte Geschäftsjahr nach der Wahl stattfindet. Hierbei wird das Geschäftsjahr, in welchem das Aufsichtsratsmitglied gewählt wird, mitgerechnet.
- (3) Die Mitglieder des Aufsichtsrates werden einzeln gewählt. Eine Wiederbestellung ist zulässig.
- (4) Scheiden Mitglieder im Laufe ihrer Amtszeit aus, so besteht der Aufsichtsrat bis zur nächsten ordentlichen Generalversammlung, in der die Ersatzwahlen vorgenommen werden, nur aus den verbliebenen Mitgliedern. Eine frühere Ersatzwahl durch eine außerordentliche Generalversammlung ist nur dann erforderlich, wenn die Zahl der Aufsichtsratsmitglieder unter die gesetzliche Mindestzahl von drei herabsinkt. Ersatzwahlen erfolgen für den Rest der Amtsdauer des ausgeschiedenen Mitgliedes.
- (5) Aus dem Vorstand ausgeschiedene Mitglieder können erst in den Aufsichtsrat gewählt werden, wenn sie für ihre gesamte Vorstandstätigkeit entlastet worden sind.

§ 21 Konstituierung, Beschlussfassung

- (1) Der Aufsichtsrat wählt im Anschluss an jede Wahl aus seiner Mitte einen Vorsitzenden, einen Stellvertreter und einen Schriftführer. Der Aufsichtsrat ist befugt, zu jeder Zeit über die Amtsverteilung neu zu beschließen.
- (2) Die Sitzungen des Aufsichtsrates werden durch seinen Vorsitzenden, im Verhinderungsfalle durch dessen Stellvertreter, einberufen. Solange ein Vorsitzender und ein Stellvertreter nicht gewählt sind, werden die Aufsichtsratsitzungen durch das an Lebensjahren älteste Aufsichtsratsmitglied einberufen.
- (3) Die Beschlussfähigkeit regelt die Satzung.
- (4) Die Beschlüsse des Aufsichtsrates bedürfen einer dreiviertel Mehrheit der abgegebenen Stimmen, soweit nicht das Gesetz oder diese Geschäftsordnung, sowie besonders entsprechend gekennzeichnete Beschlüsse eine größere Mehrheit vorschreibt.
- (5) Die Sitzungen des Aufsichtsrates sollen regelmäßig stattfinden.
- (6) Beschlüsse sind zu Beweiszwecken zu protokollieren. Die Protokolle sind fortlaufend zu nummerieren und vom Aufsichtsratsvorsitzenden oder dessen Stellvertreter und vom Schriftführer zu unterzeichnen.
- (7) Wird über geschäftliche Angelegenheiten der Genossenschaft beraten, die die Interessen eines Aufsichtsratsmitgliedes, seines Ehegatten, seiner Eltern, Kinder und Geschwister oder einer von ihm kraft Gesetzes oder Vollmacht vertretenen Person berühren, so darf das betroffene Aufsichtsratsmitglied an der Abstimmung nicht teilnehmen. Das Aufsichtsratsmitglied ist jedoch vor der Beschlussfassung zu hören.

GENERALVERSAMMLUNG

§ 22 Ausübung der Mitgliedsrechte

- (1) Die Mitglieder üben ihre Rechte in den Angelegenheiten der Genossenschaft in der Generalversammlung aus. Sie sollen ihre Rechte persönlich ausüben.
- (2) Die Stimmberechtigung der Mitglieder regelt die Satzung.
- (3) Geschäftsunfähige und beschränkt geschäftsfähige Personen üben ihr Stimmrecht durch den gesetzlichen Vertreter aus.
- (4) Mitglieder oder deren gesetzliche Vertreter können sich durch Bevollmächtigte vertreten lassen. Mehrere Erben eines verstorbenen Mitglieds können das Stimmrecht nur durch einen gemeinschaftlichen Bevollmächtigten ausüben. Ein Bevollmächtigter kann nur jeweils zwei andere Mitglieder vertreten. Bevollmächtigte können nur Mitglieder der Genossenschaft, Ehegatten, Eltern, Kinder oder Geschwister eines Mitglieds sein.
- (5) Personen, an die die Mitteilung über den Ausschluss abgesandt ist, können nicht bevollmächtigt werden.
- (6) Stimmberechtigte gesetzliche Vertreter oder Bevollmächtigte müssen ihre Vertretungsbefugnis schriftlich nachweisen.
- (7) Niemand kann für sich oder einen anderen das Stimmrecht ausüben, wenn darüber Beschluss gefasst wird, ob er oder das vertretene Mitglied zu entlasten oder von einer Verbindlichkeit zu befreien ist, oder ob die Genossenschaft gegen ihn oder das vertretene Mitglied einen Anspruch geltend machen soll. Er ist jedoch vor der Beschlussfassung zu hören.

§ 23 Frist und Tagungsort

- (1) Die ordentliche Generalversammlung soll innerhalb der ersten sechs Monate nach Ablauf des Geschäftsjahres stattfinden.

DKE-Vorsorge eG

Allgemeine Geschäftsordnung

- (2) Außerordentliche Generalversammlungen können nach Bedarf einberufen werden.
- (3) Die Generalversammlung findet am Sitz der Genossenschaft statt, soweit nicht Vorstand und Aufsichtsrat einen anderen Tagungsort festlegen.

§ 24 Einberufung, Fristen und Tagesordnung

- (1) Die Generalversammlung wird durch den Vorstand einberufen.
- (2) Die Mitglieder der Genossenschaft können in einem von ihnen unterzeichneten Antrag unter Angabe des Zwecks und der Gründe die Einberufung einer außerordentlichen Generalversammlung verlangen. Hierzu bedarf es der Unterschriften von mindestens einem Zehntel der Mitglieder.
- (3) Benachrichtigung und Fristen regelt die Satzung.
- (4) Die Tagesordnung wird von Vorstand und Aufsichtsrat gemeinsam festgesetzt. Mitglieder der Genossenschaft können in einem von ihnen unterzeichneten Antrag unter Angabe der Gründe verlangen, dass Gegenstände zur Beschlussfassung in der Generalversammlung angekündigt werden. Hierzu bedarf es der Unterschriften von mindestens einem Zehntel der Mitglieder.
- (5) Zu Anträgen und Verhandlungen ohne Beschlussfassung bedarf es der Ankündigung nicht.

§ 25 Versammlungsleitung

- (1) Den Vorsitz in der Generalversammlung regelt die Satzung.
- (2) Der Vorsitzende der Generalversammlung ernennt einen Schriftführer und die erforderlichen Stimmzähler.

§ 26 Gegenstände der Beschlussfassung

Der Beschlussfassung der Generalversammlung unterliegen neben den in dieser Satzung bezeichneten sonstigen Angelegenheiten insbesondere:

- a) Änderung der Satzung;
- b) Auflösung der Genossenschaft;
- c) Fortsetzung der Genossenschaft nach beschlossener Auflösung;
- d) Verschmelzung der Genossenschaft;
- e) Widerruf der Bestellung von Mitgliedern des Vorstandes sowie von Mitgliedern des Aufsichtsrates;
- f) Bestätigung einer einstweiligen Amtsenthebung des Vorstandes gemäß § 40 Genossenschaftsgesetz;
- g) Feststellung des Jahresabschlusses, Verwendung des Jahresüberschusses oder Deckung des Jahresfehlbetrages sowie der Umfang der Bekanntgabe des Prüfungsberichtes;
- h) Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates;
- i) Bestellung und Abberufung der Mitglieder des Aufsichtsrates sowie die Festsetzung ihrer Vergütungen;
- j) Ausschluss von Vorstands- und Aufsichtsratsmitgliedern aus der Genossenschaft;
- k) Verfolgung von Regressansprüchen gegen im Amt befindliche Vorstands- und Aufsichtsratsmitglieder;
- l) Festsetzung der Beschränkungen bei Kreditgewährung gemäß § 49 des Genossenschaftsgesetzes;
- m) Änderung der Rechtsform.

§ 26 Mehrheitserfordernisse

- (1) Die Beschlüsse der Generalversammlung bedürfen der einfachen Mehrheit der abgegebenen Stimmen, soweit nicht das Gesetz oder diese Geschäftsordnung, sowie besonders entsprechend gekennzeichnete Beschlüsse eine größere Mehrheit vorschreibt.
- (2) Ein Beschluss über die Änderung der Rechtsform bedarf der Mehrheit von Dreiviertel der abgegebenen Stimmen. Bei der Beschlussfassung über die Auflösung sowie die Änderung der Rechtsform müssen über die gesetzlichen Vorschriften hinaus, zwei Drittel aller Mitglieder in einer nur zu diesem Zweck einberufenen Generalversammlung anwesend oder vertreten sein. Wenn diese Mitgliederzahl in der Versammlung, die über die Auflösung oder die Änderung der Rechtsform beschließt, nicht erreicht ist, kann jede weitere Versammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder innerhalb des gleichen Geschäftsjahres über die Auflösung oder Änderung der Rechtsform beschließen.
- (3) Vor der Beschlussfassung über die Verschmelzung, Auflösung oder Fortsetzung der aufgelösten Genossenschaft sowie die Änderung der Rechtsform ist der Prüfungsverband zu hören. Ein Gutachten des Prüfungsverbandes ist vom Vorstand rechtzeitig zu beantragen und in der Generalversammlung zu verlesen.
- (4) Für die Berechnung der Stimmen investierender Mitglieder kommt jeweils für die Ja-/Nein-Stimmen gem. Satzung folgende Berechnungsformel zur Anwendung:

$$\frac{\sum_{oSt} \times \sum_{aiSt}}{\sum_{iSt} \times 10} + \sum_{aoSt} = \text{Abstimmungsergebnis}$$

Legende:

\sum_{oSt} = Summe Stimmen ordentlicher Mitglieder

\sum_{iSt} = Summe Stimmen investierender Mitglieder

\sum_{aoSt} = Summe gültig abgegebener Stimmen ordentlicher Mitglieder

\sum_{aiSt} = Summe gültig abgegebener Stimmen investierender Mitglieder

§ 27 Abstimmung und Wahlen

- (1) Abstimmungen und Wahlen erfolgen in der Generalversammlung durch Handzeichen. Abstimmungen oder Wahlen müssen geheim mit Stimmzettel durchgeführt werden, wenn der Vorstand, der Aufsichtsrat oder ein Viertel Mehrheit der bei einer Beschlussfassung hierüber gültig abgegebenen Stimmen es verlangt.
- (2) Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als angenommen.
- (3) Ein in ein Amt gewählter hat unverzüglich gegenüber der Genossenschaft zu erklären, ob er die Wahl annimmt.

§ 28 Auskunftsrecht

DKE-Vorsorge eG

Allgemeine Geschäftsordnung

- (1) Jedem Mitglied ist auf Verlangen in der Generalversammlung Auskunft über Angelegenheiten der Genossenschaft zu geben, soweit das zur sachgemäßen Beurteilung des Gegenstandes der Tagesordnung erforderlich ist. Die Auskunft erteilt der Vorstand oder der Aufsichtsrat.
- (2) Die Auskunft darf nur verweigert werden, soweit:
 - a) die Erteilung der Auskunft nach vernünftiger kaufmännischer Beurteilung geeignet ist, der Genossenschaft einen nicht unerheblichen Nachteil zuzufügen;
 - b) die Frage steuerliche- oder juristische Wertansätze betrifft welche nur von einer hierzu standesrechtlich berechnigte Person beantwortet werden dürfen;
 - c) die Erteilung der Auskunft strafbar wäre oder eine gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Geheimhaltungspflicht verletzt würde;
 - d) das Auskunftsverlangen die persönlichen oder geschäftlichen Verhältnisse eines einzelnen Mitgliedes oder eines Dritten betrifft;
 - e) es sich um vertragliche Vereinbarungen mit Vorstandsmitgliedern oder einzelner Mitgliedern / Mitunternehmer der Genossenschaft handelt.

§ 29 Protokoll

- (1) Die Beschlüsse der Generalversammlung sind zu Beweis Zwecken zu protokollieren. Die Protokolle sind fortlaufend zu nummerieren. Die Eintragung ist nicht Voraussetzung für die Rechtswirksamkeit der Beschlüsse.
- (2) Das Protokoll soll möglichst zeitnah erstellt werden. Dabei sollen Ort und Tag der Einberufung der Versammlung, Name des Versammlungsleiters sowie Art und Ergebnis der Abstimmungen und die Feststellung des Versammlungsleiters über die Beschlussfassung angegeben werden. Die Eintragung muss von dem Vorsitzenden der Generalversammlung und dem Schriftführer unterschrieben werden.

§ 30 Teilnahmerecht der Verbände

Vertreter des Prüfungsverbandes können an jeder Generalversammlung beratend teilnehmen.

EIGENKAPITAL UND HAFTSUMME

§ 31 Geschäftsanteil und Geschäftsguthaben

- (1) Der Geschäftsanteil regelt die Satzung. Er ist sofort in voller Höhe einzuzahlen.
- (2) Die Beteiligung regelt sich nach der Beitrittserklärung.
- (3) Bis zur vollen Einzahlung der gesamt gezeichneten Geschäftsanteile werden die dem Mitglied von der Genossenschaft gewährten Vergütungen und Dividenden auf das Geschäftsguthabenkonto gutgeschrieben.
- (4) Die auf den/die Geschäftsanteile geleisteten Einzahlungen, zuzüglich sonstiger Gutschriften und abzüglich zur Verlustdeckung abgeschrieben Betrträge bilden das Geschäftsguthaben eines Mitglieds.
- (5) Die Abtretung oder Verpfändung des Geschäftsguthabens an Dritte ist unzulässig und der Genossenschaft gegenüber unwirksam. Eine Aufrechnung des Geschäftsguthabens durch das Mitglied gegen seine Verbindlichkeiten gegenüber der Genossenschaft ist nicht gestattet.

§ 32 Konten

- (1) Für jedes Mitglied werden in der Buchhaltung der Genossenschaft drei Konten geführt, das Kapitalkonto, das Kostenkonto und das Verrechnungskonto, deren Salden unverzinslich sind.
 - (a) Auf dem Kapitalkonto werden die Einzahlungen und Rückerstattungen auf die Geschäftsanteile gebucht.
 - (b) Auf dem Kostenkonto werden die Kosten für die Vorsorgeleistungen und sonstige Kosten gebucht.
 - (c) Auf dem Verrechnungskonto werden Ausschüttungen, sonstige Entnahmen, Gewinne- und Verluste gebucht.

§ 33 Gebühren, Kosten

- (1) Die Gebühren und Kosten verbunden mit der Beteiligung werden vom Vorstand und Aufsichtsrat gemeinsam festgelegt.

§ 34 Geschäftsguthaben

- (1) Das Geschäftsguthabens eines einzelnen Mitgliedes berechnet sich auf Basis des zuletzt festgestellten Jahresabschlusses.

§ 35 Die Phasen der Beteiligung

- (1) Die Mitgliedschaft in der DKE-Vorsorge eG unterscheidet in einer Beitragspflichtige- und Beitragsfrei phase.
- (2) Die Länge der Beitragspflichtige phase richtet sich nach der Anzahl der voll eingezahlten Monatsbeiträge und beträgt maximal 120 voll eingezahlte Monatsbeiträge. Die Mindestlänge beträgt 60 voll eingezahlte Monatsbeiträge.
- (3) Die Länge der Beitragsfrei phase beträgt maximal die Hälfte der Länge der Beitragspflichtige phase. Ein Anspruch auf die Beitragsfrei phase entsteht frühestens nach 60 voll eingezahlten Monatsbeiträgen.
- (4) Der jeweilige Stand der voll eingezahlten Monatsbeiträge berechnet sich aus dem aktuellen Wert des Kapitalkontos dividiert durch den vereinbarten Monatsbeitrag lt. Beitrittserklärung.
- (5) Ab dem 60ten voll eingezahlten Monatsbeitrag kann das Mitglied auf Antrag in die Beitragsfrei phase wechseln. Beim Erreichen von 120 voll eingezahlten Monatsbeiträgen endet die Beitragspflichtige phase und das Mitglied erhält eine Mitteilung über den automatischen Beginn der Beitragsfrei phase.
- (6) Wechselt ein Mitglied nach 60 voll eingezahlten Monatsbeiträgen nicht in die Beitragsfrei phase und zahlt weiterhin den vereinbarten Monatsbeitrag, erfolgt der Wechsel zu einem vom Mitglied frei zu bestimmenden Zeitpunkt, jedoch spätestens nach 120 voll eingezahlten Monatsbeiträgen. Stellt das Mitglied ab den 60 voll eingezahltem Monatsbeitrag die weiteren Zahlungen der Monatsbeiträge ein, erhält es von der Genossenschaft eine Mitteilung, dass bei nicht Eingang der Einzahlung bis zur genannten Frist die Mitgliedschaft in die Beitragsfrei phase wechselt.
- (7) Während den ersten 60 Monate der Beitragspflichtige phase kann das Mitglied mit einer Mindestfrist von 4 Wochen, erstmals nach 12 voll eingezahlten Monatsbeiträgen, beim Vorstand eine befristete Zahlungsunterbrechung bean-

DKE-Vorsorge eG

Allgemeine Geschäftsordnung

- tragen. Die gesamte Länge der Zahlungsunterbrechung während der ersten 60 Monate kann maximal 12 Monate betragen. Die mit der Zahlungsunterbrechung verbundenen Kosten betragen pro Antrag und Bewilligung € 25,--.
- (8) Der Wechsel von der Beitragspflichtige- in die Beitragsfrei-Phase ist kostenfrei. Ein Wechsel von der Beitragsfrei- in die Beitragspflichtige-Phase ist nicht möglich.
- (9) Während der Beitragsfrei-Phase hat das Mitglied Anspruch auf die beim Antrag vereinbarte Vorsorgeleistung, eine monetäre Abgeltung ist auch bei verfrühter Beendigung der Mitgliedschaft ausgeschlossen. Der Anspruch auf Vorsorgeleistungen ist nicht übertragbar.

ERGÄNZENDE REGELUNGEN

§ 34 Verzinsung des Geschäftsguthabens

Das Geschäftsguthaben wird nicht verzinst.

§ 35 Gesetzliche Rücklage

Die Bildung von Rücklage regelt die Satzung.

§ 36 Ergebnisrücklagen

Neben der gesetzlichen Rücklage können weitere Ergebnisrücklagen gebildet werden. Über ihre Bildung und Verwendung beschließen Vorstand und Aufsichtsrat in gemeinsamer Sitzung. Die Generalversammlung verbleibt das Recht, sie zur Deckung von Bilanzverlusten zu verwenden.

§ 37 Nachschusspflicht

Die Nachschusspflicht regelt die Satzung.

§ 38 Schiedsvereinbarung

- (1) Über alle Streitigkeiten, die sich aus der Satzung ergeben, sowohl zwischen der Genossenschaft und den Mitgliedern als auch zwischen den Mitgliedern untereinander, wird unter Ausschluss des ordentlichen Rechtsweges ein Schiedsgericht entscheiden.
Dieses gilt auch für Streitigkeiten über die Wirksamkeit der Satzung.
- a) Das Schiedsgericht besteht aus zwei Schiedsrichtern.
 - b) Jede Partei ernennt einen Schiedsrichter; ausgeschlossen sind Personen, die zu der Partei in einem Dienstverhältnis oder in einem ähnlichen Rechtsverhältnis stehen, auch wenn das Rechtsverhältnis keinen Zusammenhang mit der Streitigkeit hat. Die beiden Schiedsrichter bestimmen einen Dritten zum Obmann.
 - c) Einigen sie sich innerhalb von zwei Wochen nach Benennung des letzten der beiden Schiedsrichter auf die Person des Obmanns nicht, so soll dieser auf Antrag eines der beiden Schiedsrichter oder auf Antrag einer der Parteien vom Vorstand eines genossenschaftlichen Prüfungsverbandes bestimmt werden.
- (2) Die betreibende Partei hat der Gegenpartei – unter Benennung des eigenen Schiedsrichters – den Streitgegenstand schriftlich darzulegen und sie aufzufordern, ihrerseits innerhalb von zwei Wochen einen Schiedsrichter schriftlich gegenüber der betreibenden Partei zu benennen.
Geschieht dieses innerhalb dieser Frist nicht, so soll der Vorstand eines genossenschaftlichen Prüfungsverbandes auf Antrag der betreibenden Partei den Schiedsrichter benennen.
- (3) Fällt ein Schiedsrichter weg, so ist innerhalb von zwei Wochen ein neuer Schiedsrichter zu benennen. Die Bestimmungen unter Absatz 1 und 2 gelten entsprechend.
- (4) Soweit die Schiedsvereinbarung keine abweichende Regelung enthält, gelten die Bestimmungen der §§ 1025 ff. ZPO, für das Verfahren des Schiedsgerichtes gilt insbesondere § 1034 ZPO. Danach haben die Schiedsrichter vor Erlass des Schiedsspruches die Parteien zu hören und den, dem Streit zu Grunde liegenden Sachverhalt zu ermitteln, soweit sie die Ermittlungen für erforderlich halten. Im Übrigen wird das Verfahren von dem Schiedsrichtern nach freiem Ermessen bestimmt.
Die Entscheidungen über den äußeren Ablauf des Verfahrens trifft der Obmann. Dieser bestimmt über den Tagungs-ort und die Termine.
- (5) Für die Abstimmung des Schiedsgerichtes und die Entscheidungen auf Grund der Abstimmung gelten die §§ 194 ff. GVG.
- (6) Wird der Schiedsspruch aufgehoben, so ist erneut nach den Bestimmungen dieser Schiedsvereinbarungen zu entscheiden.

RECHNUNGSWESEN

§ 39 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 40 Jahresabschluss und Geschäftsbericht

- (1) Der Vorstand hat den Jahresabschluss und den Geschäftsbericht dem Aufsichtsrat unverzüglich und sodann mit dessen Bemerkungen der Generalversammlung zur Feststellung des Jahresabschlusses vorzulegen.
- (2) Jahresabschluss, Geschäftsbericht und Bericht des Aufsichtsrates sollen mindestens eine Woche vor der Generalversammlung in den Geschäftsräumen der Genossenschaft oder an einer anderen bekannt zumachenden Stelle zur Einsicht der Mitglieder ausgelegt oder ihnen sonst zur Kenntnis gebracht werden.
- (3) Der Bericht des Aufsichtsrates über die Prüfung des Jahresabschlusses und des Geschäftsberichts ist der ordentlichen Generalversammlung zu erstatten.

§ 41 Verwendung des Jahresüberschusses

DKE-Vorsorge eG

Allgemeine Geschäftsordnung

Über die Verwendung des Jahresüberschusses beschließt die Generalversammlung unter Beachtung der Vorschriften des Gesetzes und der Satzung. Der auf die Mitglieder entfallende Jahresüberschuss wird dem Geschäftsguthaben solange zugeschrieben, bis der Geschäftsanteil erreicht oder ein durch einen Jahresfehlbetrag vermindertes Geschäftsguthaben wieder ergänzt ist.

§ 42 Deckung eines Jahresfehlbetrages

- (1) Über die Behandlung der Deckung eines Jahresfehlbetrages beschließt die Generalversammlung.
- (2) Soweit ein Jahresfehlbetrag nicht auf neue Rechnung vorgetragen oder durch Heranziehung der anderen Ergebnisrücklagen gedeckt wird, ist er durch die gesetzliche Rücklage oder durch die Kapitalrücklage oder durch Abschreibung von den Geschäftsguthaben der Mitglieder oder durch diese Maßnahmen zugleich zu decken.
- (3) Werden die Geschäftsguthaben zur Deckung eines Jahresfehlbetrages herangezogen, so wird der auf das einzelne Mitglied entfallende Anteil des Jahresfehlbetrages nach dem Verhältnis der übernommenen Geschäftsanteile aller Mitglieder bei Beginn des Geschäftsjahres, in dem der Jahresfehlbetrag entstanden ist, berechnet.

WEITERE REGELUNGEN

§ 43 Liquidation

Nach der Auflösung erfolgt die Liquidation der Genossenschaft nach Maßgabe des Genossenschaftsgesetzes. Für die Verteilung des Vermögens der Genossenschaft ist das Gesetz mit der Maßgabe anzuwenden, dass Überschüsse der Geschäftsguthaben unter die Mitglieder verteilt werden.

§ 44 Bekanntmachungen

- (1) Die Bekanntmachungen der Genossenschaft regelt die Satzung.
- (2) Bei der Bekanntmachung sind die Namen der Personen anzugeben, von denen die Bekanntmachung ausgeht.

§ 45 Prüfungsverband

Die Genossenschaft ist Mitglied im Prüfungsverband Deutscher Produktiv und Dienstleistungsgenossenschaften e V, Dessau.

§ 46 Gerichtsstand

Gerichtsstand ist, soweit zulässig, das Amtsgericht oder das Landgericht, das für den Sitz der Genossenschaft zuständig ist.

§ 47 Vertragssprache / Kommunikation

Die gegenseitige Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

Die gesamte schriftliche Kommunikation von der Genossenschaft zum Mitglied erfolgt grundsätzlich elektronisch. Der gesamte Schriftverkehr zum Mitglied erfolgt über das PEP (Persönliches Elektronisches Postfach auf der Internetseite der Genossenschaft), allgemeine Mitteilungen an die Mitglieder werden auf der Internetseite der Genossenschaft publiziert. Wünscht ein Mitglied die schriftliche Kommunikation postalisch zugestellt, muss dies schriftlich bei der Genossenschaft beantragt werden.

Das Mitglied hat jederzeit das Recht die Benachrichtigung an einer anderen Adresse zu verlangen. Hierzu bedarf es einer schriftlichen Mitteilung an die Genossenschaft, unter Angabe der neuen Adresse. Mitteilungen an die zuletzt angegebene Adresse gelten als zugewandt 3 Tage nachdem sie zur Post aufgegeben wurden.

§ 48 Änderung der Allgemeinen Geschäftsordnung

Änderungen dieser Allgemeinen Geschäftsordnung bedürfen eines gemeinsamen Beschlusses von Aufsichtsrat und Vorstand.

Diese Allgemeine Geschäftsordnung ist in der Mitgliederversammlung vom 28.08.2008 beschlossen und ausgefertigt worden.

Erweiterte Geschäftsordnung mit Bedingungen für Vorsorgeleistungen

(EGO 08/2008 / VSB 08/2008)

- A. **Erweiterte Geschäftsordnung (EGO 08/2008)**
Fassung August 2008
- B. **Allgemeine Unfall-Versicherungs-Bedingungen**
(AUB 2008) – Fassung August 2008
- C. **Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel**
Fassung August 2008
- D. **Besondere Bedingungen für die Senioren-Unfallversicherung**
(BB Senioren Unfall) – Fassung August 2008
- E. **Besondere Bedingungen für Hilfsleistungen/Pflege**
(BB H/P-Senioren 60+) – Fassung August 2008
- F. **Besondere Bedingungen für das Hilfetagegeld in der Senioren-Unfallversicherung**
(BB Hilfetagegeld) – Fassung August 2008
- G. **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Sparziel- und Finanzierungsabsicherung**
(AVB SP/F 2008) – Fassung August 2008 (120/120) (Kredit-/Sparraten Ausfallschutz)
- H. **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung**
(AHB 2008) – Fassung August 2008
- I. **Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflicht-Versicherung für Privatpersonen** – Fassung August 2008
- J. **Merkblatt zur Datenverarbeitung** – Fassung August 2008

DKE-Vorsorge EG

A. **Erweiterte Geschäftsordnung (EGO 08/2008)** Fassung August 2008

§ 1 Grundlage

„Erweiterte Geschäftsordnung mit Bedingungen für Vorsorgeleistungen“ im Sinne des § 10 der „Allgemeine Geschäftsordnung“

§ 2 Beginn und Erwerb der Vorsorgeleistung

Entsprechend der „Allgemeine Geschäftsordnung“ kann jede natürliche oder juristische Person Mitglied der DKE-Vorsorge EG werden. Vorsorgeleistungen können jedoch nur natürliche Personen erhalten. Für das Mitglied welches eine Vorsorgeleistung der Genossenschaft beansprucht, gelten zusätzlich die Aufnahmebedingungen in den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ für die jeweiligen Vorsorgeleistungen.

Vorsorgeleistungen für Mitglieder beginnen mit Beginn der Mitgliedschaft, jedoch frühestens mit Zahlungseingang des dritten vollen Monatsbeitrages laut Beitrittserklärung und nur nach Ablauf eventueller Karenz- und Wartezeiten gemäß den Versicherungsbedingungen.

Zwischen den Parteien gilt als vereinbart, dass sich die Leistungsansprüche des Mitglieds im Schadensfall ausschließlich gegen den jeweiligen Versicherer richten. Die Genossenschaft tritt alle ihr auf Grund des Versicherungsvertrages gegen den jeweiligen Versicherer zustehenden Ansprüche, an das die Abtretung annehmende Mitglied ab. Darüber hinaus gehende Ansprüche des Mitglieds gegen die Genossenschaft bestehen nicht.

§ 3 Verfahren und Fälligkeit

Die Monatsbeiträge laut Beitrittserklärung sind für das Mitglied eine „Bringschuld“ gegenüber der Genossenschaft und sind kostenfrei monatlich jeweils bis zum 3. Tag des Monats im Voraus auf das von der Genossenschaft angegebene Konto zu überweisen.

Das Mitglied hat grundsätzlich zu Gunsten der Genossenschaft einen Dauerauftrag mit Angabe der Mitgliedsnummer für die laufenden Beiträge einzurichten und der Genossenschaft vorzulegen.

Zudem ermächtigt das Mitglied die Genossenschaft den Zahlungsverkehr von Dauerauftrag auf Bankeinzug umzustellen. Sollte die Genossenschaft die Zahlungsmethode von Dauerauftrag auf Bankeinzug umstellen, wird die Genossenschaft das betreffende Mitglied hiervon rechtzeitig in Kenntnis setzen.

Bei einem Zahlungsverzug wird das Mitglied hiervon schriftlich in Kenntnis gesetzt und erhält eine Zahlungsfrist von 14 Tagen zur Zahlung der fälligen Forderung, ohne dass die Folgen des Verzugs entfallen. Die für die Genossenschaft anfallenden Kosten für den Mahnverkehr werden dem Mitglied mit pauschal € 5,00 berechnet.

Ist ein Mitglied auch nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist mit der Zahlung in Verzug, sind der säumige Betrag und der Restbetrag für das laufende Geschäftsjahr zur sofortigen Zahlung fällig. Die der Genossenschaft durch den Zahlungsverzug entstehenden Kosten und den eventuell entstehenden Schaden hat das säumige Mitglied zu tragen.

Die Genossenschaft kann offene Forderungen eines Mitglieds aus rückständigen Mitgliedbeiträgen, bei der Auszahlung eventueller Versicherungsleistungen durch den jeweiligen Versicherer, insbesondere bei fortlaufenden Zahlungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Unfallrente), vom Versicherer zugunsten der Genossenschaft in Abzug bringen lassen.

Zur Sicherung der der Genossenschaft gegenüber dem Mitglied zustehenden Beitrags- und Zahlungsansprüche, tritt das Mitglied Ansprüche gegen den Versicherer in Zusammenhang mit der Regulierung eines Schadens in Höhe der offenen Forderung an die, dies annehmende, Genossenschaft ab. Der Versicherer wird bei Zahlungsansprüchen von der Genossenschaft gegenüber dem Mitglied angewiesen im Schadensfall erstrangig und erfüllungshalber Zahlungen an die Genossenschaft zu erbringen.

§ 4 Anpassung von Beitrag und Vorsorgeleistung

Die Genossenschaft ist berechtigt die Vorsorgeleistung anzupassen. Eine Anpassung oder Änderung einer oder mehrerer Vorsorgeleistungen wird dem Mitglied mitgeteilt. Das betreffende Mitglied hat gegen die angekündigte Änderung der Vorsorgeleistung ein 14-tägiges Widerrufsrecht

Entstehen der Genossenschaft erhöhte Beitragsforderungen oder zusätzliche Kosten seitens des Versicherers, welche nachweislich auf ein Verschulden eines Mitglieds zurück zu führen sind, werden diese erhöhten Beiträge oder zusätzlichen Kosten dem betreffenden Mitglied weiterverrechnet. Die möglichen Risiken einer Beitragserhöhung oder Kostenforderung seitens des Versicherers sind den jeweiligen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

§ 5 Beendigung der Mitgliedschaft / Vorsorgeleistung

Die Beendigung der Mitgliedschaft der Genossenschaft regelt sich nach der Satzung und der „Allgemeine Geschäftsordnung“. Mit Kündigung der Mitgliedschaft enden für das Mitglied auch die vereinbarten Vorsorgeleistungen.

§ 6 Schadenregulierung

Die Schadenregulierung obliegt ausschließlich dem Versicherer. Das Mitglied (versicherte Person) ist verpflichtet Unfälle und Schäden unverzüglich der Genossenschaft zu melden. Unfälle mit Todesfolge sind der Genossenschaft innerhalb von 48 Stunden schriftlich zu melden.

Die Anschrift der Genossenschaft oder die als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle entnehmen sie § 11 dieser „Erweiterte Geschäftsordnung“ oder der Internetseite der Genossenschaft: www.dke-vorsorge.eu

Die Versicherer sind von der Genossenschaft ermächtigt und verpflichtet, die Leistungsregulierung und die gesamte Korrespondenz direkt mit der versicherten Person durchzuführen. Die Unfallmeldung gilt auch als erfolgt, wenn Sie gegenüber der Genossenschaft unverzüglich abgegeben wurde.

DKE-Vorsorge EG

§ 7 Vorsorgeschutz

Die Genossenschaft ist Versicherungsnehmerin (nachfolgend VN genannt). Versicherer sind die von der Genossenschaft mit den Vorsorgeleistungen jeweils beauftragten Versicherungsgesellschaften. Die Mitglieder sind die Versicherten Personen (nachfolgend VP genannt). Im Übrigen gelten für die vertraglich vereinbarten einzelnen Vorsorgeleistungen die hier beigefügten Versicherungsbedingungen, die Besonderen Bedingungen und die Zusatzbedingungen.

Die Genossenschaft kann nach freiem Ermessen des Vorstandes Versicherer, die ihr geeignet erscheinen, auswählen. Sie ist jederzeit berechtigt Verträge mit neuen Versicherern, auch über die derzeit bestehenden Risiken hinaus, abzuschließen. Die Genossenschaft wird dabei sicherstellen, dass die vom Mitglied gewählten Vorsorgeleistungen abgedeckt sind.

Die VN tritt, mit Zustimmung des Versicherers, im Versicherungsfall bereits heute ihre Ansprüche gegenüber dem Versicherer an die VP ab. Weitergehende Abtretungen von Rechten aus dem Versicherungsvertrag sind im Übrigen weder der VN noch der VP ohne die vorherige Zustimmung des Versicherers gestattet.

Der Versicherer wird alle Leistungsfälle direkt mit der VP abrechnen. In diesen Fällen gilt die Leistung im Sinne des Vertrages als erbracht.

§ 8 Obliegenheiten

Treten in der Person des Mitglieds nachträglich gefahrerhebliche Umstände ein, die das versicherte Risiko erhöhen, ist das Mitglied unverzüglich zur Mitteilung dieser Umstände verpflichtet. Das Mitglied ist gegenüber der Genossenschaft verpflichtet, alle Obliegenheiten die sich aus den Versicherungsbedingungen ergeben, zu erfüllen.

§ 9 Kein Vorsorgeschutz

Ist ein Mitglied (VP) nach Ablauf einer nach § 3 gesetzten Zahlungsfrist immer noch mit der Zahlung der betreffenden Monatsrate in Verzug, besteht ab dem Ersten des der Zahlung betreffenden Monats bis zur Zahlung kein Vorsorgeschutz.

Während der Zeit einer beantragten und genehmigten Zahlungsunterbrechung nach § 35 Abs. 7 der „Allgemeine Geschäftsordnung“, besteht kein Vorsorgeschutz.

Sollte ein Versicherer ein Mitglied bei Vorlage eines wichtigen Grundes vom Versicherungsschutz ausschließen, entfallen für das betroffene Mitglied einen Monat nach dem Tag der Ablehnung die gewählten Vorsorgeleistungen.

§ 10 Inkrafttreten

Diese „Erweiterte Geschäftsordnung mit Bedingungen für Vorsorgeleistungen“ tritt mit Wirkung vom 28.08.2008 in Kraft. Sie kann erforderlichenfalls durch Vorstandsbeschluss, mit Wirkung für die Zukunft, geändert bzw. angepasst werden.

§ 11 Mitteilungen / Schriftverkehr

Wenn nicht ausdrücklich von uns anders bestimmt, sind alle Anzeigen, Mitteilungen und Erklärungen schriftlich in deutscher Sprache an nachstehende Adresse abzugeben:

	DKE-Vorsorge EG
Anschrift:	Hauptstrasse 32, 86459 Gessertshausen.
Fax:	08238-9909199
E-Mail:	Info@dke-vorsorge.eu

Der gesamte Schriftverkehr erfolgt entsprechend § 47 der „Allgemeine Geschäftsordnung“.

DKE-Vorsorge EG

B. Allgemeine Unfall-Versicherungs-Bedingungen (AUB 2008) – Fassung August 2008

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

- 1.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der VP während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die VP durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziff. 3), nicht versicherbare Personen (Ziff. 4) sowie die Ausschlüsse (Ziff. 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der VP ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als ein Jahr bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von der VP beim Versicherer geltend gemacht worden.

2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die VP unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als Kapitalbetrag.

2.1.2.2 Grundlagen für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

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

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

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

2.1.2.2.2 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.

2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziff. 2.1.2.2.1 und Ziff. 2.1.2.2.2 zu bemessen.

2.1.2.2.4 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.

2.1.2.3 Entfallen

2.1.2.4 Stirbt die VP

- aus unfallfreier Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall

oder

- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem auf Grund der ärztlichen

DKE-Vorsorge EG

Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der VP ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

noch um mindestens 50% beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Diese ist von der VP spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Versicherer geltend gemacht worden.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung. Bestehen bei dem Versicherer mehrere Verträge für die VP, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die VP ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die VP befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die VP ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziff. 2.4.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die der Versicherer Krankenhaustagegeld leistet, längstens für 100 Tage und zwar

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

des Krankenhaustagegeldes.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die VP ist in Folge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziff. 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.7 Unfallrente

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die VP ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) mindestens zu 50 % (Invaliditätsgrad) beeinträchtigt.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Unfallrente zahlt der Versicherer

- in Abhängigkeit vom festgestellten Invaliditätsgrad und
- unabhängig vom Lebensalter der VP

in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7.2.1 Grundlagen für die Berechnungen der Leistung sind der Grad der unfallbedingten Invalidität (Invaliditätsgrad) und die vereinbarte Versicherungssumme für den entsprechenden Invaliditätsgrad.

2.7.2.1.1 Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Die VP und der Versicherer sind gemäß Ziffer 9.4 AUB 2008 berechtigt den Invaliditätsgrad jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

2.7.2.1.2 Eventuell zu Ziffer 2.1.2.3 AUB 2008 vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.

DKE-Vorsorge EG

2.7.2.2 Die Unfallrente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

2.7.2.2.1 die VP stirbt oder

2.7.2.2.2 wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 2.7.2.1 AUB 2008 vorgenommene ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

2.8 Kosmetische Operationen

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.8.1.1 Die Körperoberfläche der VP ist durch den Unfall derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlungen das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person dauernd beeinträchtigt ist.

2.8.1.2 Die VP hat sich nach dem Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der VP zu beheben.

2.8.1.3 Die kosmetische Operation und die klinische Behandlung erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall. Der Beginn der Behandlung ist dem Versicherer vorher anzuzeigen.

2.8.1.4 Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, wird der zu zahlende Betrag um diese Vorleistung gekürzt. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers. Bestehen bei dem Versicherer Verträge für die VP, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung:

Es wird Ersatz geleistet bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für nachgewiesene

– Arztkosten und sonstige Operationskosten

– Notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus

– Kein Ersatz wird geleistet für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

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

2.8.2.1 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

2.9 Bergungskosten / Unfallservice

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die VP hat einen Unfall erlitten.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung:

Der Versicherer übernimmt bis zur vereinbarten Versicherungssumme die folgenden Leistungen:

2.9.2.1 Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Die Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.9.2.2 Beschaffung/Bereitstellung von Informationen über die Möglichkeit ärztlicher Versorgung und Herstellung der Verbindung zwischen dem Hausarzt der VP und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus.

2.9.2.3 Ersatz der Kosten für den Transport der verletzten VP in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.

2.9.2.4 Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr der verletzten VP zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

2.9.2.5 Ersatz der zusätzlichen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Urlaub im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und dem mitreisenden Partner der VP.

2.9.2.6 Ersatz der Kosten für die Überführung zum ständigen Wohnsitz im Todesfall im Inland. Bei Todesfall im Ausland Ersatz der Kosten für die Überführung zum ständigen Wohnsitz oder Ersatz der Kosten für die Bestattung im Ausland.

2.9.2.7 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor, und es kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann die VP sich unmittelbar an den Versicherer halten.

2.9.2.8 Bestehen bei dem Versicherer Verträge für die VP, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.9.2.9 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

2.10 Kurkostenbeihilfe

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die VP tritt nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt von mindestens 21 Tagen eine medizinisch notwendige Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme an, die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht und durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen ist. Die Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Krankenhausbehandlung angetreten sein und eine Mindestdauer von 21 Tagen, maximal eine Dauer von 28 Tagen haben.

2.10.2 Art und Höhe der Leistung:

2.10.2.1 Wir übernehmen bis zur vereinbarten Versicherungssumme die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen und Krankengymnastik) sowie die Aufwendungen für Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung.

2.10.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor, und es kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers.

2.10.2.3 Die Leistung kann für jeden Unfall nur einmal in Anspruch genommen werden.

2.10.2.4 Bestehen bei uns mehrere Verträge für die VP, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.10.2.5 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

DKE-Vorsorge EG

2.11 Sofortleistung bei Schwerverletzung

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die VP ist durch einen Unfall schwer verletzt worden. Eine schwere Verletzung liegt vor bei:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation eines Armes oder einer Hand
- Amputation eines Beines oder eines Fußes
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- Erblindung auf beiden Augen
- Schwere Mehrfachverletzungen
 - Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen
 - Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs,
 - Bruch eines langen Röhrenknochens,
 - Bruch des Beckens,
 - Bruch der Wirbelsäule

2.11.2 Art und Höhe der Leistung:

2.11.2.1 Der Versicherer zahlt die für die VP vereinbarte Versicherungssumme für Todesfalleistung als Invaliditätsvorschuss, sofern der Tod nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.

2.11.2.2 Die Höhe der Leistung ist auf maximal 6.000 EUR begrenzt, sofern keine abweichende Vereinbarung besteht.

2.11.2.3 Diese Leistung (Invaliditätsvorschuss) wird mit einer späteren Invaliditätsleistung verrechnet.

2.11.2.4 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

2.11.2.5 Bestehen bei dem Versicherer mehrere Verträge für die VP, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leistet der Versicherer 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.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind:

- dauernd pflegebedürftige Personen.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

- Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist.

Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die VP im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Entfallen

Die nachfolgende Fassung von Ziffer 4 AUB 2008 „Welche Personen sind nicht versicherbar?“ findet nur Anwendung für die Unfall-Senioren-Schutzbriefe.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind bei allen Leistungen

4.1.1 VP, die bei Vertragsabschluss das 80. Lebensjahr bereits vollendet haben;

4.1.2 Dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

4.1.3 schwer- und schwerstpflegebedürftige VP (Pflegestufe II und III) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung;

4.1.4 ;Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen;

4.1.5 VP mit einer Gehbehinderung, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G besitzen oder beantragt haben oder die die Voraussetzungen für den Erhalt dieses Ausweises erfüllen;

4.1.6 VP mit vorgeschädigter Hüfte. Hierzu zählen insbesondere VP, deren Hüftgelenk operiert wurde, VP, die bereits einen Oberschenkelhalsbruch erlitten haben sowie VP, deren gesundheitliche Vorschädigung zu einer Gehbehinderung führte.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die VP nach Ziff. 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese (VP) endet gleichzeitig die Versicherung. Der Versicherer ist berechtigt, geeignete Nachweise zur Nichtversicherbarkeit zu verlangen. Die dadurch entstehenden Kosten trägt die VP.

4.3 Entfallen

4.4 Der Versicherungsschutz erlischt mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die VP ihr 85. Lebensjahr vollendet.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der VP durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der VP ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis

DKE-Vorsorge EG

verursacht waren.

5.1.2 Unfälle, die der VP dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die VP auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die VP aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Rußland oder USA.

5.1.4 Unfälle der VP

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5 Unfälle, die der VP 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.

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1 Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziff. 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der VP.

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

5.2.4 Infektionen.

5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziff. 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziff. 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

5.2.5 Vergiftungen in Folge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

5.2.6 Krankhafte Störungen in Folge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

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

6. Entfallen

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Mitwirkung des VN und die der VP kann der Versicherer seine Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss die VP unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer, entsprechend den Bestimmungen in der EGO 08/2008 unterrichten.

7.2 Die übersandte Unfallanzeige muss die VP wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich zurücksenden; darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die VP auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufhalles trägt der Versicherer.

7.4 Die Ärzte, die die VP - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies dem Versicherer, entsprechend den Bestimmungen in der EGO 08/2008, innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn den Versicherer der Unfall schon angezeigt war.

Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziff. 7 vorsätzlich verletzt, verliert die VP ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der VP entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherer die VP durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen

DKE-Vorsorge EG

hingewiesen haben. Weist die VP nach, dass die VP die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die VP nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die VP die Obliegenheit arglistig verletzt hat. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

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

- bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu 1 Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu 1 Krankenhaustagegeldsatz.

9.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat der Versicherer sich mit der VP über Grund und Höhe geeinigt, leistet der Versicherer innerhalb von zwei Wochen.

9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer - auf Wunsch der VP - angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4 Die VP und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- vom Versicherer zusammen mit der Erklärung des Versicherers über seine Leistungspflicht nach Ziff. 9.1,
- von der VP spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

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

9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug ist der Versicherer berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

10. Entfallen

11. Entfallen

12. Entfallen

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Die VP oder deren Vertreter haben dem Versicherer bis zur Abgabe ihrer Vertragserklärung alle ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer die VP oder deren Vertreter in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherer erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Die VP ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als der Versicherer nach ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme des Versicherers Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben der VP für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich. Wird der Vertrag von dem Vertreter der VP geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss die VP sich so behandeln lassen, als hätte sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn der Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtsverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber der VP.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer kann sich auf sein Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn die VP nachweist, dass die VP oder ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn die VP nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

DKE-Vorsorge EG

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn die VP nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn die VP die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat. Dem Versicherer steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Entfallen

13.4. Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14. Entfallen

15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

15.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

15.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem der VP die Entscheidung des Versicherers in Textform zugeht.

16. Welches Gericht ist zuständig?

16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für den Sitz des Versicherers oder die vom Versicherer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk die VP zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

16.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die VP müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz der VP, oder in Ermangelung eines solchen, den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der VP zuständig ist.

17. Entfallen

18. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

DKE-Vorsorge EG

C. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel Fassung August 2008

Progressive Invaliditätsstaffel 500%

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) wird wie folgt erweitert
Für den 25% übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	400
34	52	53	115	72	210	91	410
35	55	54	120	73	215	92	420
36	58	55	125	74	220	93	430
37	61	56	130	75	225	94	440
38	64	57	135	76	230	95	450
39	67	58	140	77	235	96	460
40	70	59	145	78	240	97	470
41	73	60	150	79	245	98	480
42	76	61	155	80	250	99	490
43	79	62	160	81	255	100	500
44	82	63	165	82	260		

Progressive Invaliditätsstaffel 1000%

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) wird wie folgt erweitert:
Für den 25 % übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	30	45	125	64	496	83	762
27	35	46	130	65	510	84	776
28	40	47	135	66	524	85	790
29	45	48	140	67	538	86	804
30	50	49	145	68	552	87	818
31	55	50	150	69	566	88	832
32	60	51	314	70	580	89	846
33	65	52	328	71	594	90	860
34	70	53	342	72	608	91	874
35	75	54	356	73	622	92	888
36	80	55	370	74	636	93	902
37	85	56	384	75	650	94	916
38	90	57	398	76	664	95	930
39	95	58	412	77	678	96	944
40	100	59	426	78	692	97	958
41	105	60	440	79	706	98	972
42	110	61	454	80	720	99	986
43	115	62	468	81	734	100	1000
44	120	63	482	82	748		

DKE-Vorsorge EG

Die folgenden Besonderen Bedingungen (D. E., F.) sind nur Vertragsbestandteil, wenn sie in Ihrer Senioren-Vorsorge aufgeführt sind.

D. Besondere Bedingungen für die Unfall-Senioren-Unfallversicherung (BB Senioren Unfall) - Fassung August 2008

1. Rettungsmaßnahmen (Ziff. 1.3 AUB 2008)
Gesundheitsschädigungen, die die VP bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.
2. Ertrinken und Ersticken (Ziff. 1.3 AUB 2008)
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch der Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser.
3. Erfrieren (Ziff. 1.3 AUB 2008)
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch der Tod durch Erfrieren.
4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (Ziff. 1.3 AUB 2008)
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch Tod als Folge eines unfreiwilligen Entzugs von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Sauerstoff.
5. Kosmetische Operationen (Ziff. 2.8 AUB 2008)
Sofern die Leistung kosmetische Operationen ausdrücklich vereinbart ist und im Versicherungsschein der VP und seinen Nachträgen dokumentiert ist, leistet der Versicherer Ersatz für die anfallenden Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Alle übrigen Bedingungen dieser Leistungsart gelten unverändert.
6. Passives Kriegsrisiko (Vorsorgeversicherung)
(Ziff. 5.1.3 AUB 2008)
Befindet sich die VP vorübergehend im Ausland und wird die VP dort von einem Kriegsereignis überrascht, so besteht Versicherungsschutz für maximal 14 Tage nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.
Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:
 - a) Unfälle von aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg, von Kriegsberichterstatern und von Personen mit mehr als dreimonatigem Aufenthalt in kriegsgefährdeten Gebieten oder Reisen in Gebiete, in denen bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
 - b) Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
 - c) Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Rußland, USA),
 - d) Unfälle durch Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, dessen Staatsangehörigkeit der Versicherte hat oder in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als Krieg führende Partei beteiligt ist, oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.
7. Bergungskosten/Unfallservice (Ziff. 2.9 AUB 2008)
Sofern die Leistungsart Bergungskosten / Unfallservice ausdrücklich vereinbart ist und im Versicherungsschein der VP und seinen Nachträgen dokumentiert ist, leistet der Versicherer Ersatz für die anfallenden Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Alle übrigen Bestimmungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.
8. Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall oder Medikamente (Ziff. 5.1.1. AUB 2008)
In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 fallen auch Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen unter den Versicherungsschutz, wenn diese durch Schlaganfall, Herzinfarkt oder ärztlich verordnete Medikamente verursacht wurden. Die unmittelbaren Schäden durch den Schlaganfall, Herzinfarkt oder verordnete Medikamente selbst sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
9. Mitwirkungsanteil (Ziff. 3 AUB 2008)
Krankheiten und Gebrechen mindern abweichend von Ziffer 3 AUB 2008 die Leistung, wenn ein Mitwirkungsanteil von 30% überschritten ist. Das gilt für alle Bedingungen des Vertrages, sofern nichts anderes vereinbart ist.
10. Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziff. 2 AUB 2008)
Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:
Führt ein Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten, wird, sofern der angegebene Invaliditätsgrad erreicht oder überschritten wurde, die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesene Versicherungssumme als einmalige Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht. Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Etwaig vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Höhe der Leistung unberücksichtigt.
Sofern für unterschiedliche Invaliditätsgrade eine einmalige Invaliditäts-Kapitalleistung vereinbart ist und diese im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen ist, wird, sofern bereits eine Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht wurde, bei Erreichen des darauf folgenden vorgegebenen Invaliditätsgrades, nur der Differenzbetrag zwischen der bereits geleisteten und der sich neu ergebenden Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht.
11. Sofortleistung bei Oberarmbruch / Oberschenkelhalsbruch (Ziff. 1.3 u. 2 AUB 2008)
Ziffer 1.3 und Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:
Als Unfall gilt auch ein Bruch des Oberarmes (hierzu zählt auch der Oberarmkopf) oder des Oberschenkelhalses unabhängig davon, ob der Bruch durch eine plötzliche, äußere Einwirkung entstanden ist.
Nach Vorlage eines fachärztlichen Berichtes zum Nachweis der bestehenden Verletzung wird die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesene Sofortleistung als einmalige Kapitalleistung erbracht. Der Anspruch auf diese Leistung erlischt, wenn sie nicht innerhalb eines Jahres nach Diagnosestellung geltend gemacht wird. Tritt innerhalb eines Kalenderjahres an gleicher Stelle eine Refraktur auf, entfällt hierfür der Anspruch auf Sofortleistung. Ebenso entfällt der Anspruch auf Sofortleistung, wenn die VP verstirbt, bevor der Anspruch geltend gemacht wurde.
12. Kurkostenbeihilfe (Ziff. 2.10 AUB 2008)
Sofern die Leistungsart Kurkostenbeihilfe ausdrücklich vereinbart ist und im Versicherungsschein der VP und seinen Nachträgen dokumentiert ist, leistet der Versicherer Ersatz für die anfallenden Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.
13. Unfall-Sofortrente (Ziff. 2 AUB 2008)
Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:
 - 13.1 Führt ein Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 zu einer dauernden Beeinträchtigung (Invalidität) der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der VP von mindestens 50% (Invaliditätsgrad), wird unabhängig vom Lebensalter der VP die im Versicherungsschein/Nachtrag festgelegte Unfall-Sofortrente gezahlt.

DKE-Vorsorge EG

Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Er kann in Abänderung von Ziffer 9.4 AUB 2008 auf Wunsch der VP oder des Versicherers vierteljährlich erneut ärztlich bemessen werden.

Vom Prozentsatz des Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 30% beträgt. Für die Unfall-Sofortrente findet Ziffer 3 AUB 2008 keine Anwendung.

Eventuell zu Ziffer 2.1.2.2 AUB 2008 vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Unfall-Sofortrente unberücksichtigt.

- 13.2 In Abänderung der Ziffer 2.1.2.3 AUB 2008 wird die Unfall-Sofortrente rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die VP stirbt oder
 - der Versicherer der VP mitteilt, dass eine nach Ziffer 13.1 Satz 2 dieser Besonderen Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.
- 13.3 Die Unfall-Sofortrente wird längstens für 12 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
14. Rente ab 2. Jahr (Ziff. 2 AUB 2008)
Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:
- 14.1 Führt ein Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 zu einer dauernden Beeinträchtigung (Invalidität) der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der VP von mindestens 50 % (Invaliditätsgrad), wird, in Abhängigkeit vom festgestellten Invaliditätsgrad, unabhängig vom Lebensalter der VP, die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesene Unfallrente erbracht.
- Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Er kann gemäß Ziffer 9.4 AUB 2008 auf Wunsch der VP oder des Versicherers jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen werden.
 - Vom Prozentsatz des Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 30% beträgt. Für die Unfallrente findet Ziffer 3 AUB 2008 keine Anwendung.
 - Eventuell zu Ziffer 2.1.2.2 AUB 2008 vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.
- 14.2 In Abänderung der Ziffer 2.1.2.3 AUB 2008 wird die Unfallrente ab dem 13. Monat nach dem Unfall geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die VP stirbt oder
 - der Versicherer der VP mitteilt, dass eine nach Ziffer 14.1 a) dieser Besonderen Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität auf einen Wert gesunken ist, der nach Ziffer 14.1 dazu führt, dass die Unfallrente reduziert wird oder ganz entfällt.
15. Vergiftung durch Gase oder Dämpfe (Ziff. 5.2.5 AUB 2008)
Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase oder Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn die VP den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
Vergiftungen durch Dämpfe oder Gase als Folge von Terroranschlägen sind ausgeschlossen gemäß u.a. Ausschlussklausel für Terrorismusschäden.
16. Nahrungsmittelvergiftung (Ziff. 5.2.5 AUB 2008)
In Abänderung von Ziffer 5.2.5 AUB 2008 sind Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert. Nahrungsmittelvergiftungen als Folge von Terroranschlägen sind ausgeschlossen gemäß u.a. Ausschlussklausel für Terrorismusschäden.
17. Geringfügige Unfallfolgen (Ziff. 7.1 AUB 2008)
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die VP abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2008 einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
18. Pflichtgefühl/Heilmaßnahmen
Geht der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.
19. Bewusstseinsstörungen (Ziff. 5.1.1 AUB 2008)
In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt bis 1,1 Promille liegt.
20. Ausschlussklausel für Terrorismusschäden
Die folgende Ausschlussklausel für Terrorschäden findet auf folgende Erweiterungen der AUB Anwendung:
– Vergiftungen durch Dämpfe oder Gase,
– Nahrungsmittelvergiftungen.
Ungeachtet anders lautender Formulierungen oder Vereinbarungen im Vertrag oder seinen Anhängen sind aus der Deckung ausgeschlossen alle Schäden, Beschädigungen, Kosten oder Aufwendungen, welcher Art auch immer, die direkt oder indirekt durch Terror- oder Sabotageakte verursacht wurden oder das Ergebnis von ihnen sind oder damit in Zusammenhang stehen.
Terror- oder Sabotageakte 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 staatliche Einrichtungen Einfluss zu nehmen.
Diese Vereinbarung schließt weiterhin Schäden, Beschädigungen, Kosten oder Aufwendungen aus, die welcher Art auch immer, direkt oder indirekt dadurch verursacht, resultierend von oder in Zusammenhang mit jeglichen Aktivitäten, zur Kontrolle, Verhütung, Unterdrückung oder andere Wege zur Verhinderung der Aktionen des Terrorismus oder der Sabotage sind.
Im Schadenfall liegt die Beweislast dafür, dass der Schaden oder die geltend gemachten Aufwendungen nicht unter diesen Ausschluss fallen, bei der VP.
Sollten einzelne Bestimmungen in dieser Klausel ganz oder teilweise unwirksam oder nichtig sein oder werden, wird hierdurch die Rechtswirksamkeit des gesamten Vertrages nicht berührt. Die Parteien sind verpflichtet, zusammenzuwirken, um die unwirksame oder undurchführbare Bestimmung durch eine wirksame oder durchführbare Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Ergebnis der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung möglichst nahe kommt.
21. Unfall-Bestattungsvorsorge (Unfalltod)
Für die Leistungsart Unfall-Bestattungsvorsorge findet Ziffer 2.6 AUB 2008 Anwendung.

DKE-Vorsorge EG

E. Besondere Bedingungen für Hilfsleistungen/Pflege (BB H/P-Senioren 60+) – Fassung August 2008

1. Was ist versichert?
 - 1.1 Führt ein Unfall der VP zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringt der Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfs- und Pflegeleistungen. Der Versicherer bedient sich dazu qualifizierter Dienstleister.
 - 1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringt der Versicherer ausschließlich in Deutschland. Hält sich die VP im Ausland auf, kann für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistung nicht beansprucht werden.
 2. Wann und in welchem Umfang erhält die VP Hilfs- und Pflegeleistungen?
 - 2.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.1.1 Die VP ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
 - 2.1.2 Die VP bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).
 - 2.2 Umfang der Leistung
Nach Beauftragung durch den Versicherer führt der Dienstleister mit der betroffenen VP ein Erstgespräch zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, der vorhandenen Ressourcen und der Ermittlung und Abstimmung der einzelnen Hilfeleistungen. Die Leistung des Erstgesprächs umfasst erforderlichenfalls auch Gespräche mit Angehörigen. Nach Führung des Erstgesprächs informiert der Dienstleister den Versicherer über die erforderlichen Maßnahmen und die weitere Vorgehensweise. Den festgestellten Bedarf deckt der Versicherer mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.
 - 2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränkt der Versicherer abweichend von Ziffer 3 AUB 2008 unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.
 - 2.4 Kann zum Zeitpunkt der Antragsstellung kein Versicherungsschutz für die beantragte Leistung „Hilfsleistungen/Pflege ohne Selbstbeteiligung“ gewährt werden, erklärt sich die VP bereits bei Antragsstellung damit einverstanden, dass die beantragte Leistung „Hilfsleistungen/Pflege ohne Selbstbeteiligung“ ersetzt wird durch 75,00 Euro Unfall-Hilfstagegeld gem. II.E. Besondere Bedingungen für das Hilfstagegeld in der Unfallversicherung (BB Hilfstagegeld). Die Prämie gem. Antrag bleibt unverändert.
 - 2.5 Kann zum Zeitpunkt der Antragsstellung kein Versicherungsschutz für die beantragte Leistung „Hilfsleistungen/Pflege mit Selbstbeteiligung“ gewährt werden, erklärt sich die VP bereits bei Antragsstellung damit einverstanden, dass die beantragte Leistung „Hilfsleistungen/Pflege mit Selbstbeteiligung“ ersetzt wird durch 50,00 Euro Unfall-Hilfstagegeld gem. II.E. Besondere Bedingungen für das Hilfstagegeld in der Unfallversicherung (BB Hilfstagegeld). Die Prämie gem. Antrag bleibt unverändert.
 3. Welche Leistungen sind versichert?
 - 3.1 Hilfsleistungen
 - 3.1.1 Menüservice
Die Leistung umfasst die Anlieferung von Menüs an die VP nach vorgegebener Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden je nach Angebot des Dienstleisters oder Dritter täglich heiß oder tiefgekühlt als Wochenblocks à sieben Mahlzeiten (eine Mahlzeit pro Wochentag), geliefert.
 - 3.1.2 Einkäufe und Besorgungen
Der Versicherer kauft für die VP wöchentlich bis zu zwei Stunden Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigt notwendige Besorgungen. Anfallende Gebühren und Kosten für die eingekauften Waren übernimmt der Versicherer nicht.
 - 3.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen
Der Versicherer begleitet die VP, wenn deren persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten angeordnet bzw. erforderlich ist. Auf Wunsch der VP kann die Begleitung auch für einen Besuch des Friedhofs erfolgen.
Für diese Leistungen stehen der VP max. drei Stunden pro Woche zur Verfügung.
 - 3.1.4 Wohnungsreinigung
Der Versicherer reinigt den allgemeinen Lebensbereich in der Wohnung der VP. Dazu gehören Wohn- und Schlafzimmer, Flur sowie Küche und Bad. Die Reinigung von Zimmern weiterer Familienmitglieder, von Kellern oder Außenbereichen ist ausgeschlossen. Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.
 - 3.1.5 Wäscheservice
Der Versicherer sorgt für das Waschen und Pflegen der Kleidung und Wäsche der VP. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.
 - 3.1.6 Hausnotruf
Bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen (Strom- und Telefonanschluss) wird der VP bei Bedarf ein Hausnotrufgerät zur Verfügung gestellt.
Diese Leistung umfasst die Installation des Hausnotrufgerätes in der Wohnung und die Einweisung, die Aufschaltung des Hausnotrufgerätes auf die rund um die Uhr besetzte Hausnotrufzentrale des Dienstleisters sowie die Bearbeitung von Notrufen für einen Monat.
Die Kosten für die Bearbeitung von Notrufen in der Folgezeit übernimmt die VP.
 - 3.2 Organisation von Hilfsleistungen
Zusätzlich zu den in Ziffern 3.1.1 bis 3.1.6 aufgeführten Leistungen organisiert der Versicherer auf Wunsch die folgenden Hilfeleistungen:
 - 3.2.1 Unterbringung von Haustieren
Der Versicherer organisiert nach Anweisung der VP die Unterbringung eines Haustieres in einem Tierheim oder die Betreuung des Haustieres durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde der VP Person. Die Leistung umfasst nicht die Beaufsichtigung, Fütterung oder Beschäftigung des Haustieres durch Mitarbeiter des Dienstleisters.
 - 3.2.2 Formularversand zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
Bei Bedarf stellt der Dienstleister der VP Formulare für Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zur Verfügung. Diese Leistung steht einmalig zur Verfügung.
 - 3.2.3 Pflegeschulung
Sollte ein Angehöriger der VP Pflegeleistungen übernehmen wollen, so wird dieser Angehörige und die VP bezüglich der Pflegemaßnahmen geschult. Diese Leistung steht einmalig zur Verfügung.
 - 3.3 Pflegeleistung
Die VP erhält von dem Versicherer bis zu zweimal täglich eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.
4. Dauer der Leistung und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung

DKE-Vorsorge EG

- 4.1 Der Versicherer erbringt die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2.1. erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von vier Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.
- 4.2 Was passiert nach Anerkennung einer Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung?
Werden ausschließlich Sachleistungen gewählt, erbringt der Versicherer ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Umfang von Ziffer 3 und 4.1 Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der Bedarf nicht objektiv feststellen. Die Leistungen des Versicherers enden dann insgesamt.
5. Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades
- 5.1 Voraussetzungen und Umfang der Leistung
Der Versicherer erbringt die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3 auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte 1. Grades der VP, sofern und soweit die VP sie gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist. Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:
 - Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der VP.
 - Für sie wurde eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.
- 5.2 Dauer der Leistung
- 5.2.1 Der Versicherer erbringt die Leistungen nach Ziffer 3 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die VP die Voraussetzungen nach Ziffer 5.1 erfüllt.
- 5.2.2 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringt der Versicherer seine Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu vier Monaten. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 4.2 entsprechend.
- 5.2.3 Wird für die VP eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, gilt Ziffer 4.2 entsprechend. Dies gilt auch bei Tod der VP.
- 5.2.4 Die Leistungen nach Ziffer 5 erbringt der Versicherer längstens für einen Zeitraum von vier Monaten, vom Unfalltag der VP an gerechnet.
6. Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Obliegenheiten)
Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2008 gelten folgende Obliegenheiten:
 - 6.1 Zu Beginn der Leistungserbringung ist der Versicherer über den aktuellen Gesundheitszustand der VP umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind dem Versicherer Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen. Dies gilt auch für Personen, die gemäß Ziffer 5 Leistungen des Versicherers erhalten.
 - 6.2 Nach einem Unfall der VP, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.
 - 6.3 Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziffer 8 AUB 2008 entsprechend.
7. Rechtsverhältnis VP – Dienstleister
Der Versicherer beauftragt qualifizierte Dienstleister, um seine Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen dem VN oder der VP und den vom Versicherer beauftragten Dienstleistern begründet. Kosten für vom VN oder der VP in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden vom Versicherer nicht getragen.
8. Selbstbeteiligung – sofern vereinbart
Die Selbstbeteiligung der VP beträgt pro Tag der Leistungserbringung durch den Versicherer/Dienstleister 10,- Euro. Die VP überweist die Selbstbeteiligung wöchentlich an den Versicherer oder erteilt diesem eine Einzugsermächtigung für die Einziehung der Selbstbeteiligung.
Der Versicherer ist dazu berechtigt seine Leistungserbringung einzustellen, wenn die VP die vereinbarte Selbstbeteiligung nicht fristgerecht an den Versicherer überweist bzw. im Falle der Erteilung einer Einzugsermächtigung das Konto der VP zum Zeitpunkt des Einzuges keine ausreichende Deckung aufweist.

F. Besondere Bedingungen für das Hilfetagegeld in der Unfallversicherung (BB Hilfetagegeld) – Fassung August 2008

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzung für die Leistung
Aufgrund eines Unfalles im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 ist die VP hilfebedürftig und befindet sich in ärztlicher Behandlung. Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn die VP bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens gleichzeitig in mindestens zwei der aufgeführten Bereiche ein Mal täglich Hilfe Dritter benötigt. Die unfallbedingte Hilfebedürftigkeit muss ärztlich bescheinigt werden.
Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens sind:
 - a) Im Bereich der Körperpflege:
Das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung.
 - b) Im Bereich der Ernährung:
Das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung.
 - c) Im Bereich der Mobilität:
Das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
 - d) Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung:
Das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
2. Art und Höhe der Leistung
Das Hilfetagegeld wird bis zu der im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesenen Versicherungssumme ab dem 8. Tag nach Beginn der ärztlichen Behandlung und für die Dauer derselben gezahlt; längstens für 60 Tage.
Das Hilfetagegeld wird an die VP gezahlt.
Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich das Hilfetagegeld entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
3. Ausschlüsse
Das Hilfetagegeld wird nicht gezahlt während eines vollstationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung.
Für die Dauer eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland besteht kein Anspruch auf Hilfetagegeld.

G. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Sparziel- und Finanzierungsabsicherung (AVB Sp/F 2008) – Fassung August 2008 (120/120) (Kredit-/Sparraten Ausfallschutz)

A. Allgemeines

1. Sie sind VP (versicherte Person) und Beitragszahler.
2. Diese Versicherung dient der Sicherung von Zahlungsverpflichtungen.
 - a. Sparzielabsicherung: Sparvertrag, Ansparplan bzw. Kapitallebens- oder Rentenversicherung und Bausparverträge;
 - b. Finanzierungsabsicherung: FinanzierungsvertragFolgende Risiken sind, sofern beantragt und im Versicherungsschein und seinen etwaigen Nachträgen dokumentiert, nach Maßgabe dieser Bedingungen versichert:
 - Arbeitsunfähigkeit (Klauseln F, I und K)
 - Arbeitslosigkeit (Klauseln G, H, J und K)
3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die Ihnen bekannten ernstlichen Erkrankungen* oder Unfallfolgen, wegen derer Sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurden. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.

* Ernstliche Erkrankungen sind z.B. Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs, der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane, Krebs, HIV-Infektionen/AIDS, psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen.

4. Kann zum Zeitpunkt der Antragstellung noch kein Versicherungsschutz gewährt werden oder entfällt dieser zu einem späteren Zeitpunkt, wird die versicherte Leistung bei Arbeitsunfähigkeit ersetzt durch eine Unfallrente bei Invalidität (nach Ziff. 2.7 AUB 2008 in II.B. Allgemeine Unfall-Versicherungs-Bedingungen AUB 2008) mit doppelter Leistung der ursprünglich vereinbarten Leistung bei Arbeitsunfähigkeit. Die vereinbarte Prämie bleibt konstant.

5. Kann zum Zeitpunkt der Antragstellung noch kein Versicherungsschutz gewährt werden oder entfällt dieser zu einem späteren Zeitpunkt, wird die versicherte Leistung bei Arbeitslosigkeit ersetzt durch eine Unfallrente bei Invalidität (nach Ziff. 2.7 AUB 2008 in II.B. Allgemeine Unfall-Versicherungs-Bedingungen AUB 2008) mit doppelter Leistung der ursprünglich vereinbarten Leistung bei Arbeitslosigkeit. Die vereinbarte Prämie bleibt konstant.

Beispiele zu A. Nr. 4 und Nr. 5.:

1. € 100,00 vereinbarte Leistung bei Arbeitslosigkeit wird ersetzt durch € 200,00 Unfallrente.
2. € 75,00 vereinbarte Leistung bei Arbeitsunfähigkeit wird ersetzt durch € 150,00 Unfallrente.
3. € 100,00 vereinbarte Leistung bei Arbeitslosigkeit und € 75,00 vereinbarte Leistung bei Arbeitsunfähigkeit wird ersetzt durch € 350,00 Unfallrente.

6. Die VP hat die Möglichkeit einen Vertrag nach der Klausel A Nr. 2. nachzumelden. Die Absicherung im Rahmen der Sparziel- und Finanzierungsabsicherung richtet sich dann nach dem beantragten Tarif. Ab Eingang der Meldung wird die Unfallrenteversicherung wieder entsprechend der ursprünglich vereinbarten Leistung ersetzt. Der Beitrag bleibt konstant. Kommt kein Vertrag nach der Klausel A Nr. 2. zustande, gilt Nr. A4 und A5 entsprechend.

B. Wer ist der Versicherer?

Versicherer sind die von der Genossenschaft mit den Versorgungsleistungen beauftragten Versicherungsgesellschaften (Versicherer).

C. Wer ist versichert?

1. Versicherungsschutz wird nur gewährt, wenn die VP:
 - eine Zahlungsverpflichtung gemäß Klausel A Nr. 2 a. oder Klausel A Nr. 2 b. eingegangen ist und hierfür eine monatliche Rate an ein Finanzinstitut (Bank, Versicherung, Bausparkasse o.ä.) zu zahlen hat und
 - einen Antrag auf Versicherungsschutz gestellt hat und
 - bei Antragstellung mindestens 18 Jahre und höchstens 55 Jahre alt ist und
 - bei Antragstellung oder bei Eintritt des Versicherungsfalls innerhalb Deutschlands seit mindestens 24 Monaten Vollzeit beschäftigt ist und hiervon seit mindestens 12 Monaten bei ein und demselben Arbeitgeber tätig ist oder
 - bei Antragstellung oder bei Eintritt des Versicherungsfalls innerhalb Deutschlands seit mindestens 12 Monaten selbständig tätig ist.
2. Vollzeitbeschäftigt im Sinne der Versicherungsbedingungen ist, wer in einem unbefristeten, bezahlten und sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis von mehr als 18 Stunden pro Woche steht.

Hiervon ausgeschlossen sind folgende Tätigkeiten:

- Saisonarbeiten,
 - befristete Arbeitsverhältnisse,
 - projektgebundene Arbeiten, für die Sie speziell angestellt wurden,
 - Arbeiten bei Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten,
 - Ausbildungszeiten (auch Referendarzeit, Fortbildungsmaßnahmen und dgl.), Grundwehrdienst, Zivildienst.
3. Selbständig tätig im Sinne der Versicherungsbedingungen ist, wer einen freien Beruf ausübt, ein Gewerbe betreibt oder unmittelbar oder mittelbar einen beherrschenden Einfluss auf die Leitung einer Personen- oder Kapitalgesellschaft, in welcher er selbst als Organ tätig ist, ausübt oder ausüben kann.

Hiervon ausgeschlossen sind folgende Branchen und Funktionen:

- Gastgewerbe,
- Schausteller,
- Taxiunternehmer,
- Schauspieler und Artisten,
- Kleingewerbetreibende,
- Inhaber von Reisegewerbescheinen,
- Handelsvertreter und Künstler,
- Geschäftsführer einer Ein-Personen-GmbH.

D. Wann beginnt die Versicherung?

Der Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich nach den Bestimmungen in der EGO 08/2008 und dem Beginn der Vorsorgeleistung, jedoch nicht vor Ablauf der folgenden Wartezeiten:

Die Wartezeit für Leistungen wegen

- Arbeitsunfähigkeit beträgt 120 Tage,
- Arbeitslosigkeit beträgt 120 Tage.

Die Wartezeit beginnt nicht vor dem Beginn des Vertrages der nach Klausel A Nr. 2 a. oder Klausel A Nr. 2 b. eingegangenen Zahlungsverpflichtung. Tritt eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Arbeitslosigkeit innerhalb der Wartezeit ein, so besteht für dieses Ereignis kein Leistungsanspruch.

E. Wann endet die Versicherung?

1. Diese Versicherung ist ein Jahresvertrag. Sie verlängert sich von Jahr zu Jahr um ein weiteres Jahr, es sei denn, sie endet zum frühesten der nachfolgenden Zeitpunkte:

- mit dem Tod der VP;
- mit vorzeitiger oder planmäßiger Beendigung des Vertrages; der nach Klausel A Nr. 2 a. oder Klausel A Nr. 2 b. eingegangenen Zahlungsverpflichtung;
- mit Ablauf des Versicherungsmonats, in welchem die VP ihr 55. Lebensjahr vollendet;
- mit dem Ablauf des Versicherungsmonats, in welchem der Versicherer die Gesamtversicherungsleistung von 24 monatlichen Versicherungsleistungen erbracht hat;
- mit dem Eintritt der VP in den endgültigen Ruhestand, einschließlich Vorruhestand. Die VP muss dem Versicherer den Eintritt in den endgültigen Ruhestand oder Vorruhestand anzeigen;
- mit der Kündigung des Versicherungsvertrags (Klausel P);
- spätestens jedoch nach Ablauf von 20 Jahren Versicherungsdauer.

2. Sollte vor Wirksamwerden einer Kündigung durch den Versicherer ein Versicherungsfall eingetreten sein, so wird der Versicherer die Versicherungsleistung auch über den Beendigungszeitpunkt hinaus nach diesen Bedingungen erbringen.

3. Die Laufzeit der Versicherung ist die Periode zwischen dem Beginn, wie unter Klausel D, und dem Ende der Versicherung, wie unter Klausel E, genannt.

F. Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und welche Versicherungsleistung erbringen wir in diesem Fall?

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die VP in Folge von Gesundheitsstörungen oder aufgrund eines Unfalls außerstande ist, ihre bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Ferner muss die VP sich wegen dieser Gesundheitsstörungen in regelmäßiger Behandlung eines innerhalb Deutschlands zugelassenen und praktizierenden Arztes befinden.

1. Ein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht erst nach Ablauf der Karenzzeit und nur für den der Karenzzeit nachfolgenden Zeitraum. Berechnungsbasis für den Leistungsanspruch ist der auf die Karenzzeit folgende Zeitraum.
2. Die Karenzzeit beträgt 120 Tage.
3. Wird die VP während der Laufzeit dieser Versicherung (s. Klausel E Nr. 3) mindestens für die Dauer der Karenzzeit arbeitsunfähig, so wird der Versicherer je Monat die vereinbarte monatliche Versicherungsleistung zahlen.
4. Die Höchstleistungsdauer für einen Versicherungsfall, d.h. der Zeitraum, für den Leistungen aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung bezogen werden können, ist jedoch beschränkt auf 12 Monate und für mehr als einen Versicherungsfall auf 24 Monate während der Laufzeit der Versicherung.
5. Entfallen.

G. Was ist Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen und welche Versicherungsleistung erbringen wir in diesem Fall?

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie keiner bezahlten Vollzeitbeschäftigung nachgehen oder nicht mehr selbstständig tätig sind und beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beziehen und/oder beantragt haben und sich aktiv um Arbeit bemühen.

1. Ein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit entsteht erst nach Ablauf der Karenzzeit und nur für den der Karenzzeit nachfolgenden Zeitraum. Berechnungsbasis für den Leistungsanspruch ist der auf die Karenzzeit folgende Zeitraum.
2. Die Karenzzeit beträgt 120 Tage.
3. Werden Sie während der Laufzeit dieser Versicherung (s. Klausel E Nr. 3) mindestens für die Dauer der Karenzzeit arbeitslos, so wird der Versicherer je Monat die vereinbarte monatliche Versicherungsleistung zahlen.
4. Die Höchstleistungsdauer für einen Versicherungsfall, d.h. der Zeitraum, für den Leistungen aus der Arbeitslosigkeitsversicherung bezogen werden können, ist jedoch beschränkt auf 12 Monate und für mehr als einen Versicherungsfall auf 24 Monate während der Laufzeit der Versicherung.
5. Entfallen

H. Sonderregelung für die Aufnahme einer kurzfristigen Beschäftigung

1. Sollte die VP während des Zeitraums, in welchem Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit gezahlt wird, eine kurzfristige Beschäftigung von mehr als 18 Stunden in der Woche aufnehmen, so erhält die VP während der Dauer der kurzfristigen Beschäftigung keine Versicherungsleistung.
2. Sollte diese kurzfristige Beschäftigung enden, kann die Zahlung von Versicherungsleistungen wegen Arbeitslosigkeit fortgesetzt werden, und der gesamte Zeitraum (einschließlich der kurzfristigen Beschäftigung) wird als ein Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit behandelt, wobei der Versicherer aber keine Leistungen für die Dauer der kurzfristigen Beschäftigung erbringen wird.
3. Nicht als kurzfristige Beschäftigung im Sinne dieser Klausel gilt eine länger als 180 aufeinanderfolgende Tage andauernde Beschäftigung oder eine Beschäftigung, die ursprünglich nicht für einen Zeitraum von 180 Tagen oder weniger angelegt war, gleichgültig wie lange sie dann tatsächlich dauert. Die VP wird während der Dauer dieser Beschäftigung keine monatliche Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit erhalten und muss sich nach Ende der Beschäftigung gemäß Klausel K erneut für eine Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit qualifizieren.
4. Vor der Aufnahme irgendeiner kurzfristigen Beschäftigung muss die VP dem Versicherer schriftlich über die Art der Beschäftigung und die voraussichtliche Dauer informieren und genaue Angaben zum betreffenden Arbeitgeber machen.

DKE-Vorsorge EG

I. In welchen Fällen von Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- Keine Versicherungsleistung wird gezahlt:
 - bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von der VP bekannten ernstlichen Erkrankungen* oder Unfallfolgen, wegen derer die VP in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurden. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.
* Ernstliche Erkrankungen sind z.B. Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs, der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane, Krebs, HIV-Infektionen/AIDS, psychische Erkrankungen, chronische Erkrankungen.
 - wenn die VP zu einer Zeit arbeitsunfähig wird, zu der sie nicht vollzeitbeschäftigt (für mehr als 18 Stunden pro Woche) oder selbständig tätig war;
 - wenn die Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 24 Monaten nach Versicherungsbeginn eintritt und auf Gesundheitsstörungen zurückzuführen ist, die bei der VP in den letzten 12 Monaten vor Versicherungsbeginn aufgetreten waren und die sie bei Versicherungsbeginn kannte oder wegen derer sie innerhalb der letzten 12 Monate vor Versicherungsbeginn in ärztlicher Behandlung war;
 - wenn die Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 24 Monaten nach Versicherungsbeginn eintritt und auf Gesundheitsstörungen zurückzuführen ist, die bei der VP in den letzten 12 Monaten vor Versicherungsbeginn aufgetreten waren und die ihr in Folge von Fahrlässigkeit unbekannt geblieben sind.
 - Ferner wird keine Versicherungsleistung gezahlt bei Arbeitsunfähigkeit verursacht durch:
 - absichtliches Herbeiführen von Krankheiten oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn dem Versicherer jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, wird der Versicherer leisten;
 - Schwangerschaft;
 - Sucht (z.B. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
 - unmittelbare oder mittelbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die VP auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen haben;
 - Strahlung, Kontamination oder radioaktive Einwirkungen, egal aus welcher Quelle;
 - psychische Krankheiten oder geistige oder nervliche Störungen;
 - chirurgische Eingriffe und medizinische Behandlungen, die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurden;
 - die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die VP.
- Keine Versicherungsleistung wird gezahlt wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit für Zeiträume, in denen schon eine Leistung vom Versicherer bezogen wird (wechselseitige Ausschlüsse).

J. In welchen Fällen von Arbeitslosigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- Keine Versicherungsleistung wird gezahlt bei Arbeitslosigkeit, wenn:
- die VP nicht entweder bei Versicherungsbeginn oder bei Eintritt der Arbeitslosigkeit seit mindestens 24 Monaten innerhalb Deutschlands Vollzeit beschäftigt ist und hiervon seit mindestens 12 Monaten bei ein und demselben Arbeitgeber tätig war oder innerhalb Deutschlands seit mindestens 12 Monaten selbständig tätig ist;
 - die VP bei Versicherungsbeginn von der bevorstehenden Beendigung des Arbeitsverhältnisses Kenntnis hatte oder aufgrund grober Fahrlässigkeit keine Kenntnis hatte;
 - die VP während der Probezeit arbeitslos wird;
 - die VP arbeitslos wird aufgrund von Ausschlüssen, die unter Arbeitsunfähigkeit genannt wurden (Klausel I);
 - die VP es versäumt hat, als ehemals Vollzeitbeschäftigte das Arbeitslosengeld oder die Arbeitslosenhilfe zu beantragen oder die VP es als ehemals Selbständige versäumt hat, sich beim Arbeitsamt als arbeitsuchend zu melden.
- Ferner wird keine Versicherungsleistung gezahlt bei Arbeitslosigkeit, die durch einen der folgenden Umstände eintritt:
- vorsätzliches Fehlverhalten (z.B. Betrug, Diebstahl, Unterschlagung, etc.) durch die VP;
 - Wenn die VP ihren Arbeitsvertrag selbst kündigt oder eine einvernehmliche Aufhebung akzeptiert (wird der Arbeitsvertrag aufgehoben, nachdem der VP gekündigt worden ist, so gilt die VP frühestens ab dem Zeitpunkt als arbeitslos, zu dem diese Kündigung ihr Arbeitsverhältnis beendet hätte).
- Keine Versicherungsleistung wird gezahlt wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit für Zeiträume, in denen schon eine Leistung vom Versicherer bezogen wird (wechselseitige Ausschlüsse).

K. Mehrfache Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit

- Sollte eine Versicherungsleistung wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt worden sein, so muss die VP nach Einstellung der Versicherungsleistung und vor Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit folgende Zeiträume Vollzeit beschäftigt gearbeitet haben oder selbständig tätig gewesen sein, um einen Anspruch wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit geltend machen zu können:
 - wenn die erneute Arbeitsunfähigkeit auf einer im Vergleich zur vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit andersartigen Gesundheitsstörung beruht, mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage;
 - wenn die erneute Arbeitsunfähigkeit auf einer gleichartigen Gesundheitsstörung beruht, mindestens 180 aufeinanderfolgende Tage.
- Für den Fall, dass zwei Zeiträume, in denen die VP arbeitslos ist, nur drei Monate oder weniger auseinander liegen, wird der gesamte Zeitraum insgesamt als ein Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit behandelt, wobei der Versicherer aber keine Leistung für die Zeiten, erbringt, in denen die VP zwischen zwei Zeiträumen der Arbeitslosigkeit berufstätig ist.
- Sofern zwei Zeiträume, in denen die VP arbeitslos ist, länger als drei Monate auseinander liegen, wird dies nicht als ein Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit behandelt. In diesem Fall muss die VP nach Beendigung der Arbeitslosigkeit und vor Eintritt einer erneuten Arbeitslosigkeit 180 aufeinanderfolgende Tage Vollzeit beschäftigt oder selbständig gewesen sein, um einen Anspruch wegen der erneuten Arbeitslosigkeit geltend machen zu können.

L. Entfallen

M. Prämienzahlung während eines Leistungsfalles

Prämien sind auch für die Zeiträume zu zahlen, in denen die VP Versicherungsleistungen erhält.

N. Wie wird der Schaden gemeldet?

- Die VP hat den Eintritt des Versicherungsfalles (Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit), gemäß den Bedingungen in der EGO 08/2008, unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung muss innerhalb von 120 Tagen nach Eintritt

DKE-Vorsorge EG

des Versicherungsfalls geltend gemacht werden.

2. Für die Geltendmachung von Ansprüchen auf Versicherungsleistung sind die hierfür bestimmten Antragsformulare zu verwenden, die vom Versicherer bezogen werden können. Das ausgefüllte Formular muss dann an die angegebene Adresse des Versicherers zurückgesandt werden.

3. Ansprüche aufgrund von Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit, sind für jeden Monat, für den die VP Versicherungsleistung beantragt, erneut geltend zu machen. Entsprechende Folgeanträge werden vom Versicherer mit der Auszahlung der Versicherungsleistung zur Verfügung gestellt.

4. Eine Leistungspflicht des Versicherers besteht nur, sofern die VP nachweist, dass die Voraussetzungen dieser Bedingungen gegeben sind.

5. Zur Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers kann der Versicherer alle notwendigen Nachweise verlangen, die für den jeweiligen Anspruch auf Versicherungsleistung von Bedeutung sind. Das sind insbesondere:

- Nachweis über das Fortbestehen der Versicherung, z. B. der Nachweis, dass keine Ereignisse eingetreten sind, die nach Klausel E zur Beendigung des Versicherungsvertrages führen;
- einen Nachweis über das Alter der VP;
- einen durch einen innerhalb Deutschlands zugelassenen und praktizierenden Arzt erstellten Nachweis über die Arbeitsunfähigkeit der VP und deren Ursache;
- eine Bescheinigung des zuständigen Arbeitsamtes, dass die VP arbeitslos gemeldet ist und Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe bezieht. Für Selbständige ist eine Bescheinigung des zuständigen Arbeitsamtes, dass sie arbeitslos gemeldet sind, erforderlich;
- Nachweise darüber, dass die VP sich aktiv um Arbeit bemüht. Dieses gilt auch für Selbständige.

Die hiermit verbundenen Kosten hat die VP zu tragen.

6. Der Versicherer kann, auch während er Versicherungsleistungen erbringt, weitere Nachweise darüber verlangen, dass die Voraussetzungen des Anspruchs auf Versicherungsleistung noch immer erfüllt werden.

7. Ferner kann der Versicherer, dann allerdings auf seine Kosten, die Untersuchung der VP durch einen vom Versicherer bestimmten, zugelassenen und praktizierenden Arzt verlangen.

O. Verhältnis von Arbeitsunfähigkeit zu Arbeitslosigkeit

1. Sofern die VP Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erhält und während dieser Zeit arbeitslos wird, gelten die folgenden Bestimmungen:

- die VP hat dem Versicherer die veränderten Umstände unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- Versicherungsleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden weiterhin nach Maßgabe der Klauseln F, I und K gezahlt. Nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit kann die VP einen Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit geltend machen.
- Bei der Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung (Berechnung der Wartezeit) wegen Arbeitslosigkeit wird vom Versicherer die Zeit der Arbeitsunfähigkeit als Vollzeitbeschäftigung, bzw. Selbständige Tätigkeit, angerechnet. Die Gesamtversicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit ist auf 12 monatliche Zahlungen begrenzt.

2. Sofern die VP Versicherungsleistungen wegen Arbeitslosigkeit erhält und während dieser Zeit arbeitsunfähig wird, gelten die folgenden Bestimmungen:

- die VP hat dem Versicherer die veränderten Umstände unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- Der Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit endet an dem Tag, an dem die VP Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit erhält. Bei der Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung wegen Arbeitsunfähigkeit wird vom Versicherer das Erfordernis der Vollzeitbeschäftigung oder der Selbständigen Tätigkeit der VP zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit außer Betracht gelassen. Die Gesamtversicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit ist auf 12 monatliche Zahlungen begrenzt.

P. Entfallen

Q. Wie ist der Vertrag an den Überschüssen der Gesellschaft beteiligt?

Der Versicherungsvertrag ist nicht an den Überschüssen der Gesellschaft beteiligt.

R. Welches Gericht ist zuständig?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für den Sitz des Versicherers oder die vom Versicherer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk die VP zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die VP müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz der VP, oder in Ermangelung eines solchen, den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der VP zuständig ist.

S. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

H. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB 2008) – Fassung August 2008

Der Versicherungsschutz (§§ 1-4)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Versicherungsschutz besteht im Rahmen des versicherten Risikos für den Fall, dass die VP wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses (Versicherungsfall), das einen Personen-, Sach- oder sich daraus ergebenden Vermögensschaden zur Folge hatte, aufgrund

gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts

von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht

- a) aus den im Schutzbrief und seinen Nachträgen angegebenen Eigenschaften, Rechtsverhältnissen oder Tätigkeiten der VP (versichertes "Risiko");
- b) aus Erhöhungen oder Erweiterungen des versicherten Risikos, soweit sie nicht in dem Halten oder Führen von Luft-, Kraft- oder Wasserfahrzeugen (abgesehen von Ruderbooten) sowie für sonstige Risiken, die der Versichersicherungspflicht oder Deckungsvorsorgepflicht bestehen.

Bei Erhöhungen des übernommenen Risikos, die durch Änderung bestehender oder durch Erlass neuer Rechtsnormen eintreten, gilt folgendes:

Der Versicherer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wieder hergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

c) Entfallen

3. Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung ausgedehnt werden auf die gesetzliche Haftpflicht wegen Vermögensschädigung, die weder durch Personenschaden noch durch Sachschaden entstanden ist, sowie wegen Abhandenkommens von Sachen. Auf die Versicherung wegen Abhandenkommens von Sachen finden die Bestimmungen über Sachschaden Anwendung.

§ 2 Entfallen

§ 3 Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes

I.

Der Versicherungsschutz beginnt gemäß den Bestimmungen in der EGO 08/2008 und dem Beginn der Versorgungsleistungen im Schutzbrief.

II. Entfallen

III.

1. Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entschädigung, welche die VP auf Grund eines vom Versicherer abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von ihm geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung, zu zahlen hat. Steht die Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung fest, ist die Entschädigung binnen zwei Wochen zu leisten.

Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die VP vom Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers. Hat die VP für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihm die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist der Versicherer an Ihrer Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.

2. Für den Umfang der Leistung des Versicherers bilden die nachfolgend genannten Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Versicherungsfall. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Mehrere während der Wirksamkeit der Versicherung eintretende Versicherungsfälle gelten als ein Versicherungsfall, wenn diese auf derselben Ursache, auf gleichen Ursachen mit inneren, insbesondere sachlichem u. zeitlichem Zusammenhang oder auf der Lieferung von Waren mit gleichen Mängeln, beruhen.

Versicherungssumme

- | | |
|--|---------------------------|
| - für Personenschäden und Sachschäden: | EUR 3.000.000,- pauschal. |
| - für Vermögensschäden: | EUR 50.000,- |

Die Entschädigungsleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres ist auf das Einfache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

Es kann vereinbart werden, dass sich die VP bei jedem Schadenereignis mit einem im Schutzbrief festgelegten Betrag an einer Schadenersatzleistung selbst beteiligt.

3. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der VP und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt der Versicherer den Rechtsstreit im Namen der VP auf seine Kosten.

4. Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber Ziff. IV 1).

DKE-Vorsorge EG

IV.

1. Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadeneignis entstehende Prozesse handelt. Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und ihres der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien.

2. Hat die VP an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet. Für die Berechnung gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich die VP an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.

3. Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der VP scheitert, so hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

§ 4 Ausschlüsse

I.

Falls im Schutzbrief oder seinen Nachträgen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, bezieht sich der Versicherungsschutz nicht auf:

1. Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder besonderer Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der VP hinausgehen.
2. Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche (vgl. z.B. die §§ 616, 617 BGB; 63 HGB; 39 und 42 Seemannsgesetz und die entsprechenden Bestimmungen der Gewerbeordnung, des Sozialgesetzbuches VII und des Bundessozialhilfegesetzes) sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
3. Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadeneignissen; jedoch sind Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII mit gedeckt.
4. Haftpflichtansprüche aus Schäden in Folge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeug-Rennen, Box- oder Ringkämpfen sowie den Vorbereitungen hierzu (Training).
5. Ansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn
 - a) die VP diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.
 - b) die Schäden
 - durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der VP an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
 - dadurch entstanden sind, dass die VP diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dgl.) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;
 - durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der VP entstanden sind und sich diese Sachen oder - sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt – deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn die VP beweist, dass Sie zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte.

Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten der VP gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für die VP wie für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherte Person.

Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche

- auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadenersatz statt der Leistung;
- wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nachbesserung durchführen zu können;
- wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;
- auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung;
- auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;
- wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.

Dies gilt auch dann, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt.

6. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlen sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- und Maserstrahlen.*)

7. Ansprüche, die gegen die VP wegen Umweltschäden gemäß Umweltschadengesetz oder anderer auf der EU-Umwelthaftpflichtrichtlinie (2004/35/EG) basierenden nationalen Umsetzungsgesetzen geltend gemacht werden. Dies gilt auch

*) Der Ersatz von Schäden durch Kernenergie richtet sich nach dem Atomgesetz. Die Betreiber von Kernanlagen sind zur Deckungsvorsorge verpflichtet und schließen hierfür Haftpflichtversicherungen ab.

DKE-Vorsorge EG

dann, wenn Sie von einem Dritten aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts auf Erstattung der durch solche Umweltschäden entstandenen Kosten in Anspruch genommen werden. Der Versicherungsschutz bleibt aber für solche Ansprüche erhalten, die auch ohne Bestehen des Umweltschadengesetzes oder anderer auf der EU-Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierender nationaler Umsetzungsgesetze bereits aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts gegen die VP geltend gemacht werden können. Dieser Ausschluss gilt nicht im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken.

Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.

Dies gilt nicht

a) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken
oder

b) wenn gegen die VP Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung erhoben werden, die durch von der VP hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftung).

Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Schäden durch Umwelteinwirkungen, die aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von

- Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen);
- Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (UHG-Anlagen);
- Anlagen, die nach dem Umweltschutz dienenden Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht unterliegen, soweit es sich nicht um WHG- oder UHG-Anlagen handelt;
- Abwasseranlagen

oder Teilen, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.

8. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind.

9. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die zurückzuführen sind auf gentechnische Arbeiten, gentechnisch veränderte Organismen (GVO), Erzeugnisse, die Bestandteile aus GVO enthalten bzw. aus oder mit Hilfe von GVO hergestellt wurden.

10. Haftpflichtansprüche aus Sachschäden, welche entstehen durch

- Abwässer, soweit es sich nicht um häusliche Abwässer handelt,
- Senkungen von Grundstücken oder Erdrutschungen,
- Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer.

11. Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung oder der Bereitstellung elektronischer Daten.

Soweit es sich handelt um Schäden aus

- Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten,
- Nichterfassen oder fehlerhaftem Speichern von Daten,
- Störung des Zugangs zum elektronischen Datenaustausch,
- Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen.

II.

Ausgeschlossen von der Versicherung bleiben:

1. Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei der Lieferung oder Herstellung von Waren, Erzeugnissen oder Arbeiten steht die Kenntnis von der Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit der Waren usw. dem Vorsatz gleich.

2. Haftpflichtansprüche

- a) aus Schadenfällen von Angehörigen der VP, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören;
- b) zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages;
- c) von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen;
- d) von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften;
- e) von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine;
- f) von Liquidatoren.

Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).

Die Ausschlüsse unter b) bis f) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.

3. Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass die VP besonders gefährdrohende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdrohend.

4. Haftpflichtansprüche wegen Personenschaden, der aus der Übertragung einer Krankheit der VP entsteht, sowie Sachschaden, der durch Krankheit der VP gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden ist, es sei denn, dass die VP weder vorsätzlich noch grobfahrlässig gehandelt hat.

5. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der VP (oder in Ihrem Auftrage oder für Ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen in Folge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden. Dies gilt auch dann, wenn die Schadensursache in einem mangelhaften Einzelteil der Sache oder in einer mangelhaften Teilleistung liegt und zur Beschädigung oder Vernichtung der Sache oder Leistung führt.

Der Versicherungsfall (§§ 5, 6)

§ 5 Obliegenheiten der versicherten Person, Verfahren

Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Besonders gefährdende Umstände haben Sie auf unser Verlangen innerhalb angemessener Frist zu beseitigen. Dies gilt nicht, soweit die Beseitigung unter Abwägung der beiderseitigen Interessen unzumutbar ist. Ein Umstand, der zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdend.

Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

1. Jeder Versicherungsfall ist uns unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben wurden.
2. Sie müssen nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens sorgen. Unsere Weisungen sind dabei zu beachten. Sie haben uns ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten und uns bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen. Alle Umstände, die nach unserer Ansicht für die Bearbeitung des Schadens wichtig sind, müssen mitgeteilt sowie alle dafür angeforderten Schriftstücke übersandt werden.
3. Sie dürfen einen Haftpflichtanspruch nicht ohne unsere vorherige Zustimmung ganz oder zum Teil anerkennen, bezahlen oder anderweitig erfüllen, es sei denn, Sie konnten die Anerkennung, Zahlung oder Erfüllung nach den Umständen nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.
4. Wird gegen Sie ein Haftpflichtanspruch erhoben, ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder Ihnen gerichtlich der Streit verkündet, haben Sie dies ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.
5. Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadensersatz müssen Sie fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Unserer Weisung bedarf es nicht.
6. Wird gegen Sie ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, haben Sie die Führung des Verfahrens uns zu überlassen. Wir beauftragen in Ihrem Namen einen Rechtsanwalt. Sie müssen dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.

§ 6 Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

1. Vor dem Versicherungsfall oder zur Gefahrverhütung/-verminderung

Wird eine vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, haben Sie keinen Versicherungsschutz, wenn wir von unserem Recht Gebrauch machen, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos zu kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht und der Versicherungsschutz bleibt bestehen, wenn die Obliegenheitsverletzung unverschuldet war. Bezweckte die verletzte Obliegenheit allerdings die Gefahrminderung oder die Verhütung einer Gefahrerhöhung, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz dann nicht, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der uns obliegenden Leistung gehabt hat.

2. Im oder nach dem Versicherungsfall

Wird eine im oder nach dem Versicherungsfall zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behalten Sie insoweit Ihren Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat. Bezweckt die verletzte Obliegenheit die Abwendung oder Minderung des Schadens, behalten Sie Ihren Versicherungsschutz bei grober Fahrlässigkeit insoweit, als der Umfang des Schadens auch bei Erfüllung der Obliegenheit nicht geringer gewesen wäre. Bei vorsätzlicher Verletzung behalten Sie in den Fällen der Absätze eins und zwei Ihren Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn Sie kein erhebliches Verschulden trifft.

Das Versicherungsverhältnis (§§ 7-14)

§ 7 Versicherung für fremde Rechnung, Abtretung des Versicherungsanspruchs

1. Soweit sich die Versicherung auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als die VP selbst erstreckt, finden alle in dem Versicherungsvertrag bezüglich der VP getroffenen Bestimmungen auch auf diese Personen sinngemäße Anwendung. Die Ausübung der Rechte im Versicherungsfall steht ausschließlich der VP zu; die VP bleibt für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
2. Ansprüche des VN selbst oder der in § 4 Ziff. II 2 genannten Personen gegen die VP sowie Ansprüche von versicherten Personen untereinander sind von der Versicherung ausgeschlossen.
3. Die Versicherungsansprüche können vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht übertragen werden.

§ 8 Entfallen

§ 9 Vertragsdauer, Kündigung, Betriebsübergang, Wegfall des versicherten Risikos, Mehrfachversicherung

I.

1. Der Vertrag ist für die in der Vorsorgeleistung angegebene Zeit abgeschlossen.
2. Entfallen.
3. Entfallen.

DKE-Vorsorge EG

II.

1. Entfallen.

2. Das Versicherungsverhältnis kann ferner gekündigt werden, wenn der Versicherer eine Schadensersatzzahlung geleistet hat oder der VP eine Klage über einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch gerichtlich zugestellt wird. Die Kündigung muss der VP in Schriftform spätestens einen Monat nach der Schadensersatzzahlung oder der Zustellung der Klage zugewandt sein.

3. Kündigt die VP, wird ihre Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Die VP kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird.

Eine Kündigung durch den Versicherer wird einen Monat nach ihrem Zugang bei der VP wirksam.

3. Entfallen.

III. Entfallen

IV.

Wenn versicherte Risiken vollständig und dauernd in Wegfall kommen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken.

V.

1. Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn das Risiko in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.

2. Wenn eine Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass die VP dies wusste, kann sie die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.

3. Entfallen.

§ 10 Verjährung, Klagefrist

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch der VP beim Versicherer angemeldet worden, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers bei der Fristberechnung nicht mit.

2. Hat der Versicherer den Versicherungsschutz abgelehnt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn die VP diesen nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend macht. Die Frist beginnt mit dem Zugang der schriftlichen Ablehnung des Versicherers. Die Rechtsfolgen der Fristversäumnis treten nur ein, wenn der Versicherer dabei auf die Notwendigkeit der fristgerechten gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen hat.

§ 11 Vorvertragliche Anzeigepflichten der VP

I.

1. Die VP oder ihr Vertreter sind verpflichtet, den Versicherer bei Abschluss des Vertrages alle ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, insbesondere die im Versicherungsantrag gestellten Fragen ebenso zu beantworten. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Ein Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.

2. Wird der Vertrag von einem bevollmächtigten Vertreter der VP oder von einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich die VP so behandeln lassen, als habe sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

II.

1. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen dem Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich die VP der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat. Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber der VP.

2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn er die nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände oder deren unrichtige Anzeige kannte. Dasselbe gilt, wenn die VP nachweist, dass die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder von ihr noch von ihrem Bevollmächtigten schuldhaft gemacht wurden.

Hatte die VP die gefahrerheblichen Umstände anhand schriftlich gestellter Fragen des Versicherers anzuzeigen, kann der Versicherer wegen einer unterbliebenen Anzeige eines Umstands, nach dem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur zurücktreten, wenn dieser Umstand entweder von der VP oder von deren Bevollmächtigten arglistig verschwiegen wurde.

3. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Ist der Versicherungsfall bereits eingetreten, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn die VP nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder auf den Eintritt des Versicherungsfalles noch auf den Umfang der Leistung Einfluss gehabt hat. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn die VP die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Im Fall des Rücktritts sind Versicherer und VP verpflichtet, die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist vom Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen. Der Versicherer behält aber seinen Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der im Zeitpunkt des Rücktritts abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

III.

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil eine Anzeigepflicht der VP ohne Verschulden verletzt wurde, hat der Versicherer, falls für die höhere Gefahr ein höherer Beitrag angemessen ist, auf diesen Beitrag ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Anspruch. Das gleiche gilt, wenn bei Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand den Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er der VP nicht bekannt war.

Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen einen höheren

DKE-Vorsorge EG

Beitrag nicht übernommen, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.

IV.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung angelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 12 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 13 Gerichtsstände

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

Ist die VP eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk die VP zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Ist die VP eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung der VP. Das gleiche gilt, wenn die VP eine Offene Handelsgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnergesellschaft ist.

Ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem im Versicherungsvertrag gegen die VP nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

§ 14 Entfallen

DKE-Vorsorge EG

I. Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflicht-Versicherung für Privatpersonen

Fassung August 2008

I. Versichert ist - im Umfang der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) und der nachstehenden Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen - die gesetzliche Haftpflicht der VP als

Privatperson

aus den Gefahren des täglichen Lebens - mit Ausnahme der Gefahren eines Betriebes, Berufes, Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes), einer verantwortlichen Betätigung in Vereinigungen aller Art oder einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung - insbesondere

1. als Familien- und Haushaltsvorstand (z. B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige);
2. als Dienstherr der in seinem Haushalt tätigen Personen;
3. als Inhaber
 - a) einer oder mehrerer im Inland gelegener Wohnungen (bei Wohnungseigentum als Sondereigentümer) - einschließlich Ferienwohnung,

Bei Sondereigentümern sind versichert Haftpflichtansprüche der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer wegen Beschädigung des Gemeinschaftseigentums. Die Ersatzpflicht erstreckt sich jedoch nicht auf den Miteigentumsanteil an dem gemeinschaftlichen Eigentum.

- b) eines im Inland gelegenen Einfamilienhauses (Doppelhaushälfte, Reihenhaus),
 - c) eines in Europa gelegenen Wochenend-/ Ferienhauses,
- sofern sie von der VP ausschließlich zu Wohnzwecken verwendet werden, einschließlich der dazugehörigen Garagen und Gärten sowie eines Schrebergartens.

Hierbei ist mitversichert die gesetzliche Haftpflicht

- aus der Verletzung von Pflichten, die der VP in den oben genannten Eigenschaften obliegen (z. B. bauliche Instandhaltung, Beleuchtung, Reinigung, Streuen und Schneeräumen auf Gehwegen);
 - aus der Vermietung von nicht mehr als drei einzeln vermieteten Wohnräumen der selbstgenutzten Wohnung (werden mehr als drei Räume einzeln vermietet, entfällt die Mitversicherung), aus der Vermietung einer Wohnung - nicht jedoch von Räumen zu gewerblichen Zwecken - und aus der Vermietung von bis zu drei Garagen. Evtl. zusätzlich bestehende Versicherungen gehen diesem Versicherungsschutz vor;
 - als Bauherr oder Unternehmer von Bauarbeiten (Neubauten, Umbauten, Reparaturen, Abbruch-, Grabarbeiten) bis zu einer Bausumme von EURO 25.000,- je Bauvorhaben. Wird dieser Betrag überschritten, so entfällt die Mitversicherung.
4. aus dem Besitz und dem Gebrauch von Fahrrädern;
 5. aus der Ausübung von Sport, ausgenommen Jagd und Haftpflichtansprüche aus Schäden in Folge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- oder Ringkämpfen sowie den Vorbereitungen hierzu (Training) - siehe auch § 4 Ziffer I 4 AHB -;
 6. aus dem erlaubten privaten Besitz und aus dem Gebrauch von Hieb-, Stoß- und Schusswaffen sowie Munition und Geschossen, nicht jedoch zu Jagdzwecken oder zu strafbaren Handlungen;
 7. als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Halter und Eigentümer von Tieren und Fuhrwerken sind nicht versichert);
 8. als Halter oder Hüter von zahmen Haustieren, gezähmten Kleintieren und Bienen - nicht jedoch von Hunden, Rindern, Pferden, sonstigen Reit- und Zugtieren, wilden Tieren sowie von Tieren, die zu gewerblichen oder landwirtschaftlichen Zwecken gehalten werden;
 9. aus der nicht gewerbsmäßigen Hütung fremder Hunde - abweichend von Ziff. I, 8 - die nicht von einer VP gehalten werden.. Schäden an den zur Beaufsichtigung übernommenen Tieren bleiben gemäß § 4 Ziff. I 6 a) AHB vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Eine bestehende Tierhalter-Haftpflicht-Versicherung des Tierhalters geht diesem Versicherungsschutz vor.

Kein Versicherungsschutz besteht für das Hüten von als gefährlich eingestuften Hunden/Kampfhunden sowie Hunden, die aufgrund von Gesetzen und/oder Verordnungen einer Erlaubnispflicht unterliegen. Gefährliche Hunde/Kampfhunde im Sinne dieser Bedingungen sind insbesondere Hunde der Rassen oder Gruppen:

American Pit Bull Terrier (Pit Bull Terrier, Pitbull Terrier, Pitbull), American Stafford Terrier (American Staffordshire Terrier, Staffordshire Terrier), American Bulldog (Old Country Bulldog, Old English White), Bandog, Bordeaux Dogge (Bordeauxdogge, Dogue de Bordeaux, Bordeaux Mastiff), Bullmastiff, Bullterrier (Bull Terrier, Miniature Bull Terrier), Cane Corso Italiano (Italienischer Corso-Hund, Cane Corso, Corso-Hund, Cane Di Maccellaio), Coban Köpegi (Kangal, Anatolischer Hirtenhund, Karabash, Sivas-Kangal), Dogo Argentino (Dog Argentino, Argentinische Dogge), Dogo Canario (Perro de Presa Canario, Canary Dog, Alano), Fila Brasileiro (Brasilianischer Mastiff), Kaukasischer Owtscharka (Caucasian Owtscharka, Kaukasischer Schäferhund, Kawkasky Owtscharka, Kavkazskaia Ovtcharka), Mastiff ((Old) English Mastiff), Mastin Espanol (Spanischer Mastiff, Spanische Dogge, Mastin leonés, Mastin extremeño, Mastin manchego), Mastino Napoletano, Perro dogo mallorquín (Ca de Bou, Mallorca-Dogge, Perro de Presa mallorquín, Presa mallorquín), Staffordshire Bullterrier (Staffordshire Bull Terrier), Rhodesian Ridgeback, Tosa-Inu (Japanischer Kampfhund, Tosa Ken, Tosa Token), Rottweiler, Dobermann; sowie alle Kreuzungen mit mindestens einer dieser Rassen oder Gruppen.

II. Mitversichert ist

1. die gleichartige gesetzliche Haftpflicht
 - a) des Ehegatten und des eingetragenen Lebenspartners der VP,
[Eingetragener Lebenspartner ist derjenige, der in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder in einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten lebt.]
 - b) ihrer unverheirateten und nicht in eingetragenen Lebenspartnerschaften lebenden Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder), bei volljährigen Kindern jedoch nur, solange sie sich noch in einer Schul- oder sich unmittelbar anschließenden Berufsausbildung

DKE-Vorsorge EG

befinden (berufliche Erstausbildung - Lehre und/oder Studium -, nicht Referendarzeit, Fortbildungsmaßnahmen und dgl.). Bei Ableistung des Grundwehr- oder Zivildienstes vor, während oder im Anschluss an die Berufsausbildung bleibt der Versicherungsschutz bestehen;

c) aller unverheirateten oder alleinstehenden Personen, die mit der VP in häuslicher Gemeinschaft leben und dort polizeilich gemeldet sind (außer Wohngemeinschaften);

2. im Falle ausdrücklicher Vereinbarung gemäß der nachfolgenden Voraussetzungen – der in häuslicher Gemeinschaft mit der VP lebende Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft und dessen Kinder, diese entsprechend Ziff. II 1 b):

- Die VP und der mitversicherte Partner müssen unverheiratet sein.
- Der mitversicherte Partner muss in der Police namentlich benannt sein.
- Haftpflichtansprüche des Partners und dessen Kinder gegen die VP sind ausgeschlossen.
- Die Mitversicherung für den Partner und dessen Kinder, die nicht auch die Kinder der VP sind, endet mit der Aufhebung der häuslichen Gemeinschaft zwischen der VP und dem Partner.
- Im Falle des Todes der VP gilt für den überlebenden Partner und dessen Kinder Ziff. IV 5.
- Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche gegen die VP mit Ausnahme der nach § 116 Abs. 1 SGB X und § 86 Abs. 1 VVG übergegangenen Regressansprüche der Sozialversicherungsträger, Träger der Sozialhilfe und privaten Krankenversicherungsträger.

3. die gesetzliche Haftpflicht der im Haushalt der VP beschäftigten Personen gegenüber Dritten aus dieser Tätigkeit. Das gleiche gilt für Personen, die aus Arbeitsvertrag oder gefälligkeitshalber Wohnung, Haus und Garten betreuen oder den Streudienst versehen.

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche

- aus Personenschäden, bei denen es sich um Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Betrieb der VP gemäß dem Sozialgesetzbuch VII handelt.
- Gegen die VP aus § 110 Abs. 1 a Sozialgesetzbuch VII (Regress der Sozialversicherungsträger bei Schwarzarbeit).

III. Nicht versichert ist

die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs sowie eines versicherungspflichtigen Anhängers wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeugs/Anhängers verursacht werden.

Versichert ist jedoch die Haftpflicht wegen Schäden, die verursacht werden durch den Gebrauch von

1. nur auf nicht öffentlichen Wegen und Plätzen verkehrenden Kfz und Anhängern ohne Rücksicht auf eine Höchstgeschwindigkeit und nicht versicherungspflichtigen Kraftfahrzeugen mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 6 km/h, sowie selbstfahrenden Arbeitsmaschinen mit nicht mehr als 20 km/h Höchstgeschwindigkeit.

Hierfür gilt:

Für diese Kfz gelten nicht die Ausschlüsse in § 1 Ziff. 2 b) AHB

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei,

- wenn der Fahrer eines Kfz bei Eintritt des Versicherungsfalles auf öffentlichen Wegen und Plätzen nicht die vorgeschriebene Fahrerlaubnis hat;
- wenn ein unberechtigter Fahrer das Fahrzeug gebraucht hat.
- Gegenüber der VP bleibt die Verpflichtung zur Leistung bestehen, wenn diese
- das Vorliegen der Fahrerlaubnis ohne Verschulden annehmen durfte oder
- den Gebrauch des Kfz durch den unberechtigten Fahrer nicht bewusst ermöglicht hat.

2. Entfallen.

3. Wassersportfahrzeugen, ausgenommen eigene Segelboote (mitversichert sind jedoch eigene Windsurf Bretter) und eigene oder fremde Wassersportfahrzeuge mit Motoren – auch Hilfs- oder Außenbordmotoren – oder Treibsätzen.

Mitversichert ist jedoch der gelegentliche Gebrauch von fremden Wassersportfahrzeugen mit Motoren, soweit für das Führen keine behördliche Erlaubnis erforderlich ist. Anderweitig bestehende Versicherungen gehen diesem Versicherungsschutz vor.

4. ferngelenkten Modellfahrzeugen.

IV. Außerdem gilt folgendes:

1. Für Mietsachschäden:

Eingeschlossen ist - abweichend von § 4 Ziff. I 6 a) AHB - die gesetzliche Haftpflicht aus der Beschädigung von Wohnräumen und sonstigen zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden.

Ausgeschlossen sind

- a) Haftpflichtansprüche wegen
 - aa) Abnutzung, Verschleißes und übermäßiger Beanspruchung,
 - bb) Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten,
 - cc) Glasschäden, soweit sich der Versicherungsnehmer hiergegen besonders versichern kann;
- b) die unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Versicherungsfällen fallenden Rückgriffsansprüche¹.

Die Höchstersatzleistung beträgt je Schadenereignis EUR 250.000,- im Rahmen der Pauschaldeckungssumme. Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Einfache dieser Deckungssumme.

¹ Auf Wunsch wird der VP der Wortlaut des Feuerregressverzichtsabkommens ausgehändigt.

DKE-Vorsorge EG

2. Für Auslandsaufenthalte in Europa bis zu höchstens fünf Jahren und sonstige vorübergehende Auslandsaufenthalte bis zu höchstens einem Jahr:

Eingeschlossen ist - abweichend von § 4 Ziff. 1 3 AHB - die gesetzliche Haftpflicht aus im Ausland vorkommenden Versicherungsfällen.

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht aus der vorübergehenden Benutzung oder Anmietung (nicht dem Eigentum) von im Ausland gelegenen Wohnungen und Häusern gemäß Ziff. 1 3 a) bis c).

Die Leistungen des Versicherers erfolgen in EURO. Soweit der Zahlungsort außerhalb der Staaten, die der Europäischen Währungsunion angehören, liegt, gelten die Verpflichtungen des Versicherers mit dem Zeitpunkt als erfüllt, in dem der EUR-Betrag bei einem in der Europäischen Währungsunion gelegenen Geldinstitut angewiesen ist.

3. Für Sachschäden durch häusliche Abwässer:

Eingeschlossen sind - abweichend von § 4 Ziff. 1 5 AHB - Haftpflichtansprüche wegen Sachschäden durch häusliche Abwässer und durch Abwässer aus dem Rückstau des Straßenkanals.

4. Für die Fortsetzung der Privat-Haftpflicht-Versicherung nach dem Tod der VP:

Für den mitversicherten Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner der VP und/oder unverheiratete und nicht in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft lebende Kinder der VP besteht der bedingungsgemäße Versicherungsschutz im Falle des Todes der VP bis zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin fort. Wird die nächste Beitragsrechnung durch den überlebenden Ehegatten eingelöst, so wird dieser VP.

5. Für die Mitversicherung von Vermögensschäden:

a) Falls besonders vereinbart, ist im Rahmen des Vertrages die gesetzliche Haftpflicht wegen Vermögensschäden im Sinne des § 1 Ziff. 3 AHB aus Schadenereignissen mitversichert, die während der Wirksamkeit der Versicherung eingetreten sind.

b) Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche aus

- aa) Schäden, die durch von der VP (oder in seinem Auftrage oder für seine Rechnung von Dritten) hergestellte oder gelieferte Sachen oder geleistete Arbeiten entstehen;
- bb) Schäden durch ständige Immissionen (z. B. Geräusche, Gerüche, Erschütterungen);
- cc) planender, beratender, bau- oder montageleitender, prüfender oder gutachterlicher Tätigkeit;
- dd) Tätigkeiten im Zusammenhang mit Geld-, Kredit-, Versicherungs-, Grundstücks-, Leasing- oder ähnlichen wirtschaftlichen Geschäften, aus Zahlungsvorgängen aller Art, aus Kassenführung sowie aus Untreue und Unterschlagung;
- ee) der Verletzung von gewerblichen Schutzrechten und Urheberrechten sowie des Kartell- oder Wettbewerbsrechts;
- ff) Nichteinhaltung von Fristen, Terminen, Vor- und Kostenanschlägen;
- gg) Ratschlägen, Empfehlungen oder Weisungen an wirtschaftlich verbundene Unternehmen;
- hh) Tätigkeiten im Zusammenhang mit Datenverarbeitung, Rationalisierung und Automatisierung, Auskunftserteilung, Übersetzung, Reisevermittlung und Reiseveranstaltung;
- ii) vorsätzlichem Abweichen von gesetzlichen oder behördlichen Vorschriften, von Anweisungen oder Bedingungen des Auftraggebers oder aus sonstiger vorsätzlicher Pflichtverletzung;
- jj) Abhandenkommen von Sachen, auch z. B. von Geld, Wertpapieren und Wertsachen.

Die Höchstersatzleistung beträgt je Schadenereignis EUR 50.000,- im Rahmen der Pauschaldeckungssumme. Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Einfache dieser Deckungssumme.

6. Entfallen.

7. Subsidiärdeckung

Der Versicherungsschutz dieser Privathaftpflichtversicherung tritt nur dann ein, wenn für die versicherte(n) Person(en) kein anderweitiger bzw. kein ausreichender anderer Versicherungsschutz besteht.

8. Exzedenten-Deckung bei Mehrfachversicherung

In Abänderung von §9 Ziffer V Nr. 2 AHB gilt vereinbart, dass, bei Vorliegen einer Mehrfachversicherung, diese Privathaftpflichtversicherung als Exzedenten-Privathaftpflichtversicherung fortgeführt wird. Die Umstellung auf eine Exzedenten-Privathaftpflichtversicherung erfolgt ab Kenntnis des Versicherers. Das Recht auf Aufhebung entfällt somit.

9. Besondere Bedingungen für die Versicherung der Haftpflicht aus Gewässerschäden - außer Anlagenrisiko -

§1 Der Versicherungsschutz umfasst im Umfang des Vertrages, wobei Vermögensschäden wie Sachschäden behandelt werden, die gesetzliche Haftpflicht der VP für mittelbare oder unmittelbare Folgen von Veränderungen der physikalischen, chemischen oder biologischen Beschaffenheit eines Gewässers einschließlich des Grundwassers (Gewässerschäden)

mit Ausnahme der Haftpflicht

als Inhaber von Anlagen zur Lagerung von gewässerschädlichen Stoffen und aus der Verwendung dieser gelagerten Stoffe;

Versicherungsschutz hierfür wird ausschließlich durch besonderen Vertrag gewährt.

§2

1. Aufwendungen, auch erfolglose, die die VP im Versicherungsfall zur Abwendung oder Minderung des Schadens für geboten halten durfte (Rettungskosten), sowie außergerichtliche Gutachterkosten, werden vom Versicherer insoweit übernommen, als sie zusammen mit der Entschädigungsleistung die Versicherungssumme für Sachschäden nicht übersteigen. Für Gerichts- und Anwaltskosten bleibt es bei der Regelung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung.

2. Auf Weisung des Versicherers aufgewendete Rettungs- und außergerichtliche Gutachterkosten sind auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der Entschädigung die Versicherungssumme für Sachschäden übersteigen. Eine Billigung des Versicherers von Maßnahmen der VP oder Dritter zur Abwendung oder Minderung des Schadens gilt nicht als Weisung des Versicherers.

3. Rettungskosten entstehen bereits dann, wenn der Eintritt des Schadenereignisses ohne Einleitung von Rettungsmaßnahmen als unvermeidbar angesehen werden durfte. Für die Erstattung von Rettungskosten ist es unerheblich, aus welchem Rechtsgrund (öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich) die VP zur Zahlung dieser Kosten verpflichtet ist. Rettungskosten sind auch Aufwendungen zur Wiederherstellung des Zustandes von Grundstücks- und Gebäudeteilen- auch soweit die VP Eigentümer ist,

DKE-Vorsorge EG

wie er vor Beginn der Rettungsmaßnahmen bestand. Eintretende Wertverbesserungen oder Kosten, die zur Erhaltung, Reparatur oder Erneuerung der Anlage selbst ohnehin entstanden wären, sind anzuziehen.

§ 3 Nicht gedeckt sind Haftpflichtansprüche gegen die Personen (VP oder jeden Mitversicherten), die den Schaden durch vorsätzliches Abweichen von dem Gewässerschutz dienenden Gesetzen, Verordnungen, an die VP gerichteten behördlichen Anordnungen oder Verfügungen herbeigeführt haben.

§ 4 Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die mittelbar oder unmittelbar auf Kriegsereignissen, anderen feindseligen Handlungen, Aufruhr, inneren Unruhen, Generalstreik (in der Bundesrepublik oder in einem Bundesland) oder unmittelbar auf Verfügungen oder Maßnahmen von hoher Hand beruhen. Das gleiche gilt für Schäden durch höhere Gewalt, soweit sich elementare Naturkräfte ausgewirkt haben.

§ 5 Kleingebinde bis 50 l/kg je Einzelgebinde und mit einem Gesamtfassungsvermögen bis 500 l/kg gelten nicht als Anlagen.

§ 6 Öffentlich-rechtliche Pflichten oder Ansprüche zur Sanierung von Umweltschäden gemäß Umweltschadensgesetz (USchadG)

Mitversichert sind abweichend von I § 1.1.AHB öffentlich-rechtliche Pflichten oder Ansprüche zur Sanierung von Umweltschäden gemäß Umweltschadensgesetz (USchadG), soweit während der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages die schadenverursachende Emissionen plötzlich, unfallartig und bestimmungswidrig in die Umwelt gelangt sind oder die sonstige Schadenverursachung plötzlich, unfallartig und bestimmungswidrig erfolgt ist.

Auch ohne Vorliegen einer solchen Schadenverursachung besteht Versicherungsschutz für Umweltschäden durch Lagerung, Verwendung oder anderen Umgang von oder mit Erzeugnissen Dritter ausschließlich dann, wenn der Umweltschaden auf einen Konstruktions-, Produktions- oder Instruktionsfehler dieser Erzeugnisse zurückzuführen ist. Jedoch besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Fehler im Zeitpunkt des Inverkehrbringens der Erzeugnisse nach dem Stand von Wissenschaft und Technik nicht hätte erkannt werden können (Entwicklungsrisiko).

Umweltschaden ist eine

- Schädigung von geschützten Arten und natürlichen Lebensräumen,
- Schädigung der Gewässer einschließlich Grundwasser
- Schädigung des Bodens

Mitversichert sind, teilweise abweichend von § 4 I 6a AHB, Pflichten oder Ansprüche wegen Umweltschäden an eigenen, gemieteten, geleasten, gepachteten oder geliehenen Grundstücken, soweit diese Grundstücke vom Versicherungsschutz dieses Vertrages erfasst sind.

Nicht versichert sind

(1) Pflichten oder Ansprüche soweit sich diese gegen die VP richten, die den Schaden dadurch verursacht haben, dass sie bewusst von Gesetzen, Verordnungen oder an die VP gerichteten behördlichen Anordnungen oder Verfügungen, die dem Umweltschutz dienen, abweichen.

J. Merkblatt zur Datenverarbeitung Fassung August 2008

Dienstleistungsunternehmen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich bearbeiten. Auch bietet die EDV einen besseren Schutz vor missbräuchlichen Handlungen als die manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten, wenn sie im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zur der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung der Nutzung überwiegt.

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Mitgliedsvertrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung der Mitgliedschaft hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerrufs, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Abschluss des Mitgliedsvertrages ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einer Aufnahme als Mitglied in die Genossenschaft. Widersprechen Sie der Datenverarbeitung oder streichen Sie ganz bzw. teilweise die Einwilligungserklärung, kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten, gesetzlich zulässigen Rahmen, - zur Abwicklung Ihres Mitgliedsvertrages – wie im ersten Absatz beschrieben, erfolgen.

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei der Genossenschaft

Die Genossenschaft speichert Daten, die für den Mitgliedsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Mitgliedsvertrag (i. w. S. Antragsdaten). Weiter werden die für die jeweilige Versorgungsleistungen für die Genossenschaft wichtigen Daten erfasst, sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers oder eines Sachverständigen geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. der vom Arzt ermittelte Grad der Berufsunfähigkeit.

2. Datenspeicherung beim Versicherer

Die Versicherer speichern Daten, die für die jeweiligen Vorsorgeleistungen notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall werden Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten) gespeichert.

3. Datenübermittlung an Rückversicherer, andere Versicherer und externe Dienstleister

Versicherer geben in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese benötigen im Einzelfall ebenfalls versicherungstechnische Angaben, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlages, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien.

Darüber hinaus bedienen sich Versicherer im Leistungsfall qualifizierter externer Dienstleister um Sie –z.B. bei einem Schadenergebnis im Ausland – unterstützen zu können. Hierzu werden Ihre Personalien und die nötigen Daten zur Kontaktaufnahme mit Ihnen weitergegeben.

4. Datenverarbeitung der Versicherer

Um eine effiziente, kostengünstige und dem höchsten Stand der Technik entsprechende Abwicklung der Datenverarbeitung zu gewährleisten, ist der Versicherer auch berechtigt, externe und nicht in Deutschland beheimatete Dienstleister mit der Sicherung oder der Verwaltung der Daten zu beauftragen oder deren Leistungen einzubeziehen. Der Versicherer ist dafür verantwortlich, dass die Vorschriften des BDSG und auch die oben skizzierten Regelungen eingehalten werden. Die externen Dienstleister werden bezüglich der Vorschriften und Vorgaben entsprechend geschult und deren Einhaltung wird überwacht.

5. Betreuung durch Vertriebspartner

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots der Versicherer bzw. ihrer Kooperationspartner werden Sie durch einen Vertriebspartner betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzangelegenheiten berät oder den Sie als Versicherungsmakler mit der Betreuung beauftragt haben, bei Finanzdienstleistungen auch die betreffenden Kooperationspartner. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vertriebspartner zu diesen Zwecken vom Versicherer die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vertriebspartner auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Die Vertriebspartner des Versicherers verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung. Auch werden sie vom Versicherer über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vertriebspartner ist grundsätzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitsverpflichtungen (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vertriebspartner wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit (z.B. durch Kündigung des Vertriebspartnervertrages), regelt der Versicherer Ihre Betreuung neu, sofern Sie nicht selbst einen anderen Vertriebspartner bestimmen; Sie werden darüber informiert.

6. Ihre Datenschutzrechte

DKE-Vorsorge EG

Sie haben nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre durch den Versicherer gespeicherten Daten und deren Verwendung, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Nach dem Teledienstedatenschutzgesetz haben Sie außerdem das Recht, eine eventuell erteilte Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Internet-Nutzungsdaten jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen sowie eventuell zu Ihrer Person oder unter einem Pseudonym gespeicherte Internet-Nutzungsdaten jederzeit einzusehen. Bei Bedarf wenden Sie sich bitte stets an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten des Versicherers.