

**INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG / Policenwerk (Assek.)
Premium-Unfallversicherungs-Bedingungen
(INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG/Policenwerk Premium AUB 2013)**

Einleitung

Die INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG / Policenwerk Premium AUB 2013 neu basieren im Wesentlichen auf den vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. – GDV – empfohlenen

- Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013)
- Zusatzbedingungen für die Gruppenunfallversicherung
- Besonderen Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person

sowie auf

- den Annahmerichtlinien der INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG (Altersklausel, generelles Kumul)

und wurden für Kunden der INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG zusammengefasst und erweitert.

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Versicherungsumfang	4
1 Was ist versichert?	4
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	5
2.1 Invaliditätsleistung	5
2.2 Übergangsleistung	7
2.3 Unfall-Tagegeld	7
2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld	7
2.5 Todesfallleistung	8
2.6 Unfall-Rente	9
Deckungserweiterungen	9
2.7 Rehabilitations-Beihilfe	9
2.8 Bergungskosten	10
2.9 Krankentransportkosten	11
2.10 Kosmetische Operationen	11
2.11 Arbeitsplatzumbaukosten, Umschulungsmaßnahmen	12
2.12 Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten	12
2.13 Sofortleistung bei Schwerverletzungen	13
2.14 Entführungsleistung	14
2.15 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten	14
2.16 Komageld	14
2.17 Kururlaubs-Tagegeld	14
2.18 Krankenhaus-Selbstbehalt	15
2.19 Vorsorgeversicherung für Neugeborene	15
2.20 Versicherung bei Arbeitslosigkeit	16
2.21 Kosten für Haushaltshilfe, Tagesmutter	16
2.22 Schulausfallgeld für Nachhilfeunterricht	17
2.23 Assistenzleistungen	17
3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	18
4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	18
4.1 Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt	18
4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen	19
5 Was müssen Sie beachten	20
5.1 Gruppenunfallversicherung	20
5.2 Vollendung des 66. bzw. Beginn des 67. Lebensjahres	21
Der Leistungsfall	21
6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	21
7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	21
8 Wann sind die Leistungen fällig?	22

Die Versicherungsdauer	22
9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	22
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?	22
9.1 Beginn des Versicherungsschutzes	22
9.2 Dauer und Ende des Vertrages	22
9.3 Kündigung nach Versicherungsfall	23
9.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen	23
Der Versicherungsbeitrag	23
10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	23
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	23
10.1 Beitrag und Versicherungssteuer	23
10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / erster oder einmaliger Beitrag	24
10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag	24
10.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung	25
10.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung	25
10.6 Beitragszahlung an Ihren Versicherungsvermittler	25
Weitere Bestimmungen	25
11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	25
12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	26
12.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände	26
12.2 Rücktritt	26
12.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung	26
12.4 Anfechtung	27
13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	27
14 Welches Gericht ist zuständig?	27
15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?	27
15.1 Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	27
16 Welches Recht findet Anwendung?	28
17 Wann werden diese Bedingungen geändert?	28
18 Maklerklausel	28
19 Vertragsinformationen	28

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1. Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
Der Versicherungsschutz
 - umfasst Unfälle in der ganzen Welt
 - gilt rund um die Uhr
 - besteht für alle beruflichen und außerberuflichen Unfälle
 - beginnt und endet abweichend vom Versicherungsschein jeweils um 0.00 Uhr.
3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis(Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
4. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - ein Leistenbruch hervorgerufen wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
5. sowie
 - Ertrinkungs-, Erfrierungstod bzw. Erstickungstod unter Wasser, Sauerstoff-, Flüssigkeits-, Nahrungsentzug,
 - tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen) ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann,
 - unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Gase, Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren oder ähnliche Stoffe,
 - wenn die versicherte Person die Gesundheitsschädigung bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleidet.
6. Gesundheitsschäden durch extreme Witterungsbedingungen (Frost, Sonneneinstrahlung usw.) als Folge eines versicherten Unfallereignisses im Sinne von Ziffer 1 Punkt 3. gelten als mitversichert.
7. Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 4) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungen.
8. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - (a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurde (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest)
 - (b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Typhus/Paratyphus.

Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

- 8.1 Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 1 Punkt 8. versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet. Als Erweiterung sind COVID-19 Impfungen ebenfalls versichert. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Übliche Impfreaktionen (z.B. Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, grippeähnliche Symptome, allergische Reaktionen) sind ausdrücklich nicht versichert. Es muss sich um anerkannte Impfschäden handeln. Die Nachweispflicht zur Ursache des Gesundheitsschadens trägt der Versicherungsnehmer. Die Schutzimpfung muss von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zugelassen sein.

8.2 Schließlich sind als Folge eines Unfallereignisses nach Ziffer 1 Punkt 3. mitversichert:

1. sonstige Folgen von Insektenstichen (z.B. allergische Reaktionen und deren Desensibilisierung)
 2. Tollwut, Wundstarrkrampf und Wundinfektionen
 3. Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde,
 4. Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen
 5. Blutvergiftungen und Wundinfektionen
9. Künftige Leistungsverbesserungen
Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrprämie geändert, so gelten diese neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag. Sollte das neue Bedingungsmerk Verschlechterungen gegenüber dem Versicherungsschutz aus dem bisherigen Tarif enthalten, so gelten diese Verschlechterungen nicht für diesen Versicherungsvertrag.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

2.1 Invaliditätsleistung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von der versicherten Person bei uns geltend gemacht worden. Die Frist gilt als eingehalten, wenn ein Arzt rechtzeitig zur Abgabe der erforderlichen Informationen beauftragt wurde und dieser seine Information nicht termingerecht zur Verfügung stellt.

2. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
2. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

1. Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	100%
Hand	80%
Daumen	30%
Finger	20%
mehrere Finger einer Hand jedoch maximal.....	80%
Bein.....	100%
Fuß	80%

große Zehe	15%
andere Zehe	5%
Auge*	60%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	100%
Gehör auf einem Ohr	40%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	100%
Gehör auf beiden Ohren	100%
Geruchssinn	20%
Geschmackssinn	20%
Stimme	100%
Milz	10%

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

*) totaler, dauerhafter Verlust der Sehkraft

- auf beiden Augen, wenn die versicherte Person durch den Befund eines qualifizierten Augenarztes in das Blindenregister aufgenommen wird, oder
- auf einem Auge, wenn die Sehkraft auch nach Korrektur weniger als 3/60 gemäß Snellen Tabelle beträgt.

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.
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 Ziffer 2.1.2 Punkt 2 Unterpunkte 1 bis 2 zu bemessen.
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.
3. Altersabhängige Mehrleistung
Für Verträge ohne progressive Invaliditätsstaffel oder andere Mehrleistungs-Bedingungen und ohne eine Sonder-Gliedertaxe gilt folgendes:
Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
 - Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 2.1.2 Punkt 2 und Ziffer 3 ermittelt
 - und der Unfall ereignet sich vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% oder vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 80% oder vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 € beschränkt.

Laufen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4. Stirbt die versicherte Person
 - aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als zwei Jahre nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen wie folgt beeinträchtigt:

1. nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 100% oder
2. nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 50% beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei bzw. sechs Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird wie folgt gezahlt:

1. in Höhe von 50% der vereinbarten Versicherungssumme bei einer Beeinträchtigung gemäß Ziffer 2.2.1 Punkt 1
2. in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme abzüglich eventueller Leistungen aus Ziffer 2.2.1 Punkt 1 bei einer Beeinträchtigung gemäß 2.2.1 Punkt 2.

2.3 Unfall-Tagegeld

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person 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.

Ist die Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt, wird weiter Tagegeld gezahlt, wenn

- der behandelnde Arzt die Beeinträchtigung bescheinigt und
- die versicherte Person tatsächlich nicht ihrer Berufstätigkeit oder Beschäftigung nachgeht und
- eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1 (noch) nicht ärztlich festgestellt wurde.

Tagegeld wird längstens für 365 Tage, aber maximal bis zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
2. Eine unmittelbar (innerhalb von 30 Tagen) an einen Krankenhausaufenthalt anschließende Anschlussheilbehandlung (AHB) oder berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung (BGSW), gilt als objektiv medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung.

3. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Rehabilitationskliniken, soweit Ziffer 2.4.1 Punkt 2 nicht zutrifft, gelten nicht als objektiv medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen.
4. Abweichend von Ziffer 2.4.1 Punkt 1 wird Krankenhaustagegeld auch für eine unfallbedingte ambulante Operation gezahlt, soweit eine solche üblicherweise stationär durchgeführt wird. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird in diesen Fällen für 5 Tage gezahlt.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaustagegeld wird innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1000 Tage.

1. Wir zahlen das Krankenhaustagegeld für den
 01. bis 42. Tag in doppelter Höhe
 43. bis 90. Tag in 3facher Höhe
 91. bis 1000. Tag in Höheder vereinbarten Versicherungssumme binnen 3 Jahren.
2. Rooming-In: Ist es bei schwerwiegenden Unfallfolgen medizinisch angeraten und ärztlich gebilligt, dass eine Begleitperson zusammen mit der versicherten Person im Krankenhaus untergebracht wird, so verdoppelt sich für diesen Krankenhausaufenthalt das versicherte Krankenhaustagegeld.
3. Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann das vereinbarte Krankenhaustagegeld nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
4. Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann das vereinbarte Genesungsgeld gemäß Ziffer 2.4.2 Punkt 1 nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.5 Todesfalleistung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfallereignis gestorben.

Sollte in diesem Zeitraum bereits eine Entschädigung gemäß Ziffer 2.1 geleistet worden sein, wird diese mit der Todesfallentschädigung verrechnet. Der Versicherer verzichtet auf die Rückforderung einer gezahlten Invaliditätsleistung, sofern diese höher als die Todesfalleistung ist.

Bei Verschollenheit gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachten Leistungen zurückzuzahlen.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 6 weisen wir hin.

2.5.2 Höhe der Leistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.5.3 Beitragsbefreiung bei Tod

1. Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei weitergeführt, und zwar

- für das versicherte Kind bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem es das 18. Lebensjahr erreicht hat, sowie
- für den mitversicherten Partner bis zum Ablauf des Versicherungsjahres in dem das (letzte) versicherte Kind das 18. Lebensjahr erreicht hat. Sind keine Kinder mitversichert, beträgt die Beitragsbefreiung für Partner ein Versicherungsjahr.

2. Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

2.6 Unfall-Rente

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 Punkt 1 gegeben. Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2 Punkt 2 Unterziffern 1 bis 4 und Ziffer 3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent geführt.

2.6.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.6.3 Beginn und Dauer der Leistung

1. Die Unfall-Rente zahlen wir
 - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
 - monatlich im Voraus.
2. Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
 - die versicherte Person stirbt oder
 - wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 8 Punkt 4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der Unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 40 Prozent gesunken ist.

Deckungserweiterungen

Für alle Deckungserweiterungen gilt: Bestehen für die versicherten Personen bei der INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden:

2.7 Rehabilitations-Beihilfe

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Die versicherte Person hat
 - nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von der versicherten Person durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch die BfA, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.

2. Mitversichert sind teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.
3. Nicht versichert sind
 - Intensive Rehabilitationsnachsorge (IRENA),
 - Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt, berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
 - sonstige vollstationäre Heilbehandlungen, für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) bei unserer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.

2.7.2 Höhe der Leistung

1. Die Rehabilitations-Beihilfe für nachgewiesene Eigenbeteiligung wird bis zu 5.000 € je Unfall gezahlt, wenn kein anderer Träger Leistungen dafür bereit hält.

2.8 Bergungskosten

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Hat der Versicherte einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 Punkt 3. erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe von 50.000 € die entstandenen notwendigen Kosten für

- a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
- b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet; sowie Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.
- c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland wahlweise statt der Überführung zum Wohnsitz die Kosten für die Bestattung im Ausland.
- e) bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

2.8.2 Zusätzliche Eintrittspflicht

Hat der Versicherte für Kosten nach 2.8.1 a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hat, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

2.8.3 Beschränkte Eintrittspflicht

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

2.9 Krankentransportkosten

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Der versicherten Person sind infolge des Unfalles notwendige Kosten für ihren Transport entstanden.
2. Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer)
 - ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
 - bestreitet seine Leistungspflicht
 - hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen Kosten bis zu einer Höhe von maximal 25.000 € für

1. den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik;
2. medizinisch sinnvolle Verlegungstransporte von Krankenhaus zu Krankenhaus z.B. zum Krankenhaus in der Nähe des Heimatortes;
3. medizinisch sinnvolle Rücktransporte aus dem Ausland zu dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus mit einem medizinisch geeigneten Transportmittel (Ambulanzfahrzeug oder Luftfahrzeug); die Entscheidung ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird übernimmt der behandelnde Arzt.
4. den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
5. den Mehraufwand bei der Heimfahrt oder für die zusätzliche Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person bei einem Unfall im Ausland;
6. die Standard-Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall oder wahlweise die Bestattung im Ausland bis zur selben Höhe bei einem Unfall im Ausland.

2.10 Kosmetische Operationen

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden 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 versicherten Person zu beheben. Als zusätzliche Voraussetzung gilt eine Kosmetische Operation aufgrund Brustkrebs.
2. Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
3. Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer)
 - ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
 - bestreitet seine Leistungspflicht
 - hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten insgesamt bis zu einer Höhe von maximal 30.000 € nachgewiesene

- Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust der Zähne entstanden sind.

2.11 Arbeitsplatzumbaukosten, Umschulungsmaßnahmen

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Die versicherte Person ist durch einen Unfall voraussichtlich auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Wegen dieser Invalidität ist es der versicherten Person nicht möglich ihrer beruflichen Tätigkeit ohne Einschränkung nachzugehen. Durch Umbau des Arbeitsplatzes kann die berufliche Tätigkeit wieder ganz oder teilweise aufgenommen werden.
2. Der versicherten Person ist es aufgrund des Unfalls nicht mehr möglich seine jetzige Tätigkeit durchzuführen, ersetzen wir notwendige Umschulungsmaßnahmen, Schulungs- und Prüfungsgebühren bis zu einer Höhe von 2.500 €.
3. Der Anspruch auf Umbaukosten wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall bei uns geltend gemacht.
4. Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2.11.2 Art und Höhe der Leistung

1. Wir ersetzen insgesamt bis zu einer Höhe von maximal 10.000 € nachgewiesene Kosten für den Umbau des Arbeitsplatzes. Als Arbeitsplatz gilt der Platz an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist. Kosten werden somit ersetzt für den Umbau
 - von Büromobiliar,
 - eines Büros (z.B. Türenverbreiterung),
 - eines Gebäudes (z.B. Rampenbau, Aufzug),
 - sanitärer Anlagen und Küchen,
 - von Maschinen / Geräten,
 - eines Personen- oder Lastkraftwagens,
 - sonstiger Anlagen.
2. Ist der Umbau teurer als eine Neuanschaffung, werden die Kosten für die Neuanschaffung ersetzt.
3. Entscheiden sich versicherte Person und Versicherungsnehmer gemeinsam dafür, dass statt des Umbaus des ehemaligen Arbeitsplatzes ein neuer Arbeitsplatz beim Versicherungsnehmer eingerichtet wird, werden auch hierfür die Kosten ersetzt.

2.12 Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Die versicherte Person ist durch einen Unfall voraussichtlich auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Ein Umbau von Wohnung oder Kraftwagen kann die Folgen der Invalidität mindern oder erträglicher machen.
2. Der Anspruch auf entstandene Umbaukosten wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall bei uns geltend gemacht.

3. Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2.12.2 Art und Höhe der Leistung

1. Wir leisten insgesamt bis zu einer Höhe von maximal 10.000 € nachgewiesene Kosten für
 - den Umbau der Wohnung und / oder des Hauses, in dem die versicherte Person wohnt (z.B. Türenverbreiterung, Rampenbau, Aufzug, sanitäre Einrichtungen und Küchen),
 - den Umbau oder die Neuanschaffung an die Wohnung gebundener Maschinen und Geräte (z.B. Telefon-anlage, Fax, PC, Notrufsystem),
 - den Umbau eines von der versicherten Person genutzten Kraftwagens,
 - einen Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.

2.13 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Die versicherte Person hat aufgrund des Unfalles eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten oder bei der versicherten Person wurde eine Krebserkrankung festgestellt.
- Die Leistungen werden innerhalb von sechs Monaten dem Unfall bei uns, unter Vorlage eines ärztlichen Attestes, geltend gemacht.

1. Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
2. Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
3. Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
4. Schwere Mehrfachverletzungen / Polytrauma:

Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Kombination aus Ober-/ Unterarm, Ober-/Unterschenkel)

Gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen

Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur eines oder mehrerer Wirbelknochen
 - Gewebeerstörende Schäden eines inneren Organs
5. Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche

2.13.2 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen

Bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 5 %. Kein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, verstirbt.

2.13.3 Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung wird in einer Höhe von 20.000 € gezahlt.

1. Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalls nur einmal erbracht, unabhängig davon, wie viele der genannten Verletzungen die versicherte Person erleidet.
2. Bei Krebserkrankung, die nach einem Unfall festgestellt wird, werden 10 % der Invaliditätssumme gezahlt, maximal 20.000 €.

Ist eine andere Leistung für Krebs Soforthilfe beim Versicherer vereinbart und kommt diese zum Tragen, so geht diese der Krebs Sofortleistung bei Schwerverletzungen gem. 2.13.3 vor.

2.14 Entführungsleistung

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung und Höhe

- die versicherte Person wurde für mindestens 3 Tage entführt oder anderweitig durch eine Straftat gegen ihren Willen festgehalten.
- Die Straftat wurde nachweislich polizeilich gemeldet bzw. verfolgt.
- Der Anspruch auf Entführungsleistung ist von Ihnen spätestens drei Monate nach Ende der Entführung bei uns geltend gemacht worden.

2.14.2 Art und Höhe der Leistung

Die Entführungsleistung wird in Höhe von 150 € je Tag gezahlt.

2.15 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt (außerhalb von Deutschland) von maximal einem Jahr einen Unfall erlitten.

Für die Behebung der Unfallfolgen sind Ihnen Heilkosten entstanden, die nicht durch ihren privaten oder öffentlich-rechtlichen Krankenversicherer erstattet wurden.

2.15.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten bis 5.000 € Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare,
- sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus,
- Arzneien,
- künstliche Glieder,
- Verbandszeug ab einem Betrag von 50 €.

2.16 Komageld

2.16.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist wegen der durch einen Unfall entstandenen Gesundheitsschädigungen innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet in ein Koma gefallen oder wurde für mindestens 5 Tage in ein künstliches Koma versetzt.

2.16.2 Art und Höhe der Leistung

Das Komageld wird in Höhe von 175 € je angefangene Woche für maximal 104 Wochen gezahlt.

2.17 Kururlaubs-Tagegeld

2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Die versicherte Person hat
 - nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen

- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet einen Kururlaub im In- oder Ausland durchgeführt.

Als Kururlaub gilt ein Urlaub

- in einem offiziell anerkannten Kurort
 - bei dem die versicherte Person werktäglich mindestens zwei Anwendungen durchführen lässt, die der Minderung der Unfallfolgen dienen
 - bei dem die versicherte Person in einem Hotel am Kurort übernachtet
 - für den die Krankenversicherung der versicherten Person keine oder nur teilweise Leistungen übernimmt.
2. Keine Leistung wird gezahlt für die Tage, für die bereits ein anderes Tagegeld irgendwelcher Art (z.B. Krankenhaustagegeld, Tagegeld, Genesungsgeld) aus diesem oder einem anderen Vertrag von uns gezahlt wird.

2.17.2 Art und Höhe der Leistung

Das Kururlaubs-Tagegeld wird in Höhe von 50 € je Tag für maximal 30 Tage je Unfall gezahlt.

2.18 Krankenhaus-Selbstbehalt

2.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person werden von ihrem gesetzlichen Krankversicherer Kosten (Selbstbehalt) für eine wegen des Unfalles medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt.

Ein weiterer ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.18.2 Art und Höhe der Leistung

Der Krankenhaus-Selbstbehalt wird in Höhe des Betrages erstattet, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.

Deckungserweiterungen in der Familienunfallversicherung

Als Familienunfallversicherung gilt eine Versicherung, bei der Sie als Versicherungsnehmer gleichzeitig versicherte Person und Elternteil oder Partner einer mitversicherten Person sind. Sofern nichts anderes vereinbart ist, gilt:

2.19 Vorsorgeversicherung für Neugeborene

Ihre und Ihres mitversicherten Partners während der Vertragsdauer geborene oder adoptierte Kinder unter 14 Jahren sind ab Vollendung der Geburt bzw. Adoption bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres oder bei Adoption für 12 Monate automatisch mit

25.000 € für den Invaliditätsfall
3.000 € für den Todesfall

sowie den für alle versicherten Personen vertraglich vereinbarten Zusatzleistungen versichert.

Nach Vollendung des ersten Lebensjahres oder der 12 Monate bei Adoption erlischt dieser Versicherungsschutz automatisch.

Wird das Kind vor Vollendung des ersten Lebensjahres in den Vertrag eingeschlossen, gilt Folgendes:

- Der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung
- Anstelle der genannten Versicherungssummen gelten ab dem Einschlussstermin die beantragten Versicherungssummen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres beitragsfrei versichert (begrenzt auf eine maximale Versicherungssumme Tod und Invalidität)

2.20 Versicherung bei Arbeitslosigkeit

2.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

1. Der Versicherungsnehmer wird während der Vertragsdauer unverschuldet und überraschend arbeitslos und
 - der Vertrag hat mindestens ein Jahr bestanden und,
 - die Beiträge wurden für mindestens ein Jahr und immer rechtzeitig bezahlt und,
 - die Versicherung war nicht gekündigt und,
 - Sie reichen Nachweise über die Arbeitslosigkeit und deren Grund bei uns ein.
2. Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie keinerlei Beschäftigung gegen Entgelt nachgehen und bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II beziehen.
Eine überraschende Arbeitslosigkeit liegt insbesondere nicht vor, wenn ihre Tätigkeit saisongebunden war, Sie in einem befristeten Arbeitsverhältnis gearbeitet haben oder in der Ausbildung standen.

2.20.2 Beitragsfreier Versicherungsschutz

1. Für alle versicherten Personen besteht beitragsfreier Versicherungsschutz mit den vertraglich vereinbarten Versicherungssummen.
2. Der beitragsfreie Versicherungsschutz gilt
 - ab der auf Ihren Antrag auf Beitragsbefreiung folgenden Fälligkeit,
 - für die Dauer Ihrer Arbeitslosigkeit, maximal jedoch für 12 Monate,
 - bei mehrfacher Arbeitslosigkeit maximal für 24 Monate.
3. Der Nachweis der Arbeitslosigkeit und deren Dauer ist uns bei
 - unterjähriger Zahlungsweise jeweils mindestens 2 Wochen vor der Fälligkeit
 - jährlicher Zahlungsweise auf Anforderung und nach Ablauf des beitragsfreien Versicherungsjahres zu zusenden.
4. Nach Ablauf der maximalen beitragsfreien Zeit wird die Beitragspflicht ab dem ersten des darauf folgenden Monats wieder aufgenommen.

2.20.3 Ende der Arbeitslosigkeit

1. Die Pflicht zur Beitragszahlung tritt mit Ende der Arbeitslosigkeit wieder in Kraft. Sie haben uns den Nachweis des Endes der Arbeitslosigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Monaten, mitzuteilen.
2. Der Versicherungsschutz gemäß Versicherungsschein tritt wieder in Kraft, sobald bei uns Ihre Mitteilung über das Ende der Arbeitslosigkeit eintrifft. Vom Ende der Arbeitslosigkeit an bis zum Wiederinkrafttreten des Versicherungsschutzes gemäß Versicherungsschein ist der Beitrag für die in Ziffer 2.20.2 aufgeführten Versicherungssummen von Ihnen für alle versicherten Personen zu entrichten. Der Beitragssatz entspricht dem des Versicherungsvertrages.
3. Die Kündigungsmöglichkeit nach einem Versicherungsfall bleibt hiervon unberührt.

2.21 Kosten für Haushaltshilfe, Tagesmutter

Der Versicherer übernimmt nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe oder Tagesmutter, wenn

- sich die den Haushalt überwiegend versorgende Person wegen eines Unfalles, welcher unter diesen Vertrag fällt, in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet oder
- im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein im Verhältnis zum versicherten unterhaltsberechtigtes Kind unter 16 Jahre zu versorgen ist und eine entsprechende Leistung von anderer Seite nicht erlangt worden ist.

Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 50 € je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens insgesamt 2.500 € je Unfallereignis. Die Notwendigkeit der vollstationären Heilbehandlung ist durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Bestehen für den Versicherten bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe oder Tagesmutter nur aus einem dieser Verträge verlangt werden; gleiches gilt bei versicherten Ehegatten.

2.22 Schulausfallgeld für Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind durch einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt nicht am Schulunterricht teilnehmen, so werden die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht erstattet, längstens jedoch für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und bis zu einer Höhe von maximal 2.500 €.

2.23 Assistenceleistungen

Pflege-Assistancelleistungen

Die Pflege-Assistancelleistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflichtversicherer oder die gesetzliche Pflegeversicherung sein. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, können Sie sich auch direkt an die INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG wenden. Die Pflege-Assistancelleistungen werden ausschließlich in Deutschland erbracht.

Pflege-Assistancelleistungen für versicherte Personen

Die versicherte Person hat Anspruch auf die unter Ziffer 2.23 a) bis i) aufgeführten Pflege-Assistancelleistungen, sofern eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt wird und bei Eintritt des Unfalles noch keine Pflegebedürftigkeit nach deutschem Sozialgesetzbuch (§ 14 und § 15 SGB XI mit Stand 12.04.2012) bestand:

- Die versicherte Person befand sich unfallbedingt über einen zusammenhängenden Zeitraum von 16 Wochen in einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung und ist danach in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigt, dass sie Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens benötigt.
- Bei der versicherten Person tritt eine der unter Ziffer 1 ff und 2.13 der Bedingungen genannten schweren Unfallverletzungen ein und ist danach in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigt, dass sie Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Aufgaben des täglichen Lebens benötigt. Wir übernehmen die Kosten der Vermittlung und Organisation qualifizierter Dienstleister, sowie die notwendigen Kosten der Pflege-/Assistancelleistungen.
 - a) tägliche Versorgung mit einer warmen Mahlzeit.
 - b) bis zu zweimal pro Woche Einkauf von regelmäßig benötigten Waren und Lebensmitteln sowie Erledigung notwendiger Besorgungen (die Kosten für eingekaufte Waren und Lebensmittel werden nicht übernommen).
 - c) bis zu zweimal pro Woche Fahrdienst inkl. Begleitung zu notwendigen Behörden-, Arzt- und Therapieterminen im Umkreis von bis zu 50 km.
 - d) bis zu insgesamt 10 Stunden pro Woche für die Reinigung der Wohnung, die Reinigung und Versorgung von Wäsche sowie die Versorgung von Pflanzen (auch im zur Wohnung gehörenden Vorgarten)
 - e) Sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind, Versorgung mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.
 - f) Notfall-Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringungen werden nicht übernommen.
 - g) Tag- und Nachtwache bis 48 Stunden nach dem Krankenhausaufenthalt, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

- h) Information zur gesetzlichen Pflegeversicherung, Empfehlung geeigneter Pflegeeinrichtungen, Beratung über Pflegehilfsmittel sowie Vermittlung einer Pflegeschulung für Angehörige.
- i) tägliche Grundpflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Die Leistung wird für 2 Monate ab Geltendmachung der Unfallleistung erbracht, längstens jedoch bis zu 6 Monate ab dem Unfallereignis.

Sofern in den jeweiligen Bestimmungen nichts anderes vereinbart ist, enden sämtliche unter a) bis h) aufgeführten Pflege-Assistanceleistungen spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Als Unfallversicherer leisten wir 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 100%, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt

4.1.1 Bewusstseinsstörungen

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren sowie für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen; beim Lenken eines Motorfahrzeuges jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,8 Promille lag. Versicherungsschutz besteht ferner auch für Unfälle infolge von Geistes- und Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptische Anfälle oder verordnete Medikamente verursacht waren oder für Unfälle aufgrund Übermüdung (Schlaftrunkenheit) oder Einschlafen.

4.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

1. Unfälle durch Führen von Land- oder Wasserfahrzeugen durch Personen unter 18 Jahren ohne Fahrerlaubnis, ist in den Versicherungsschutz eingeschlossen

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

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

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person 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.

4.1.4 Nicht versicherbare Berufe und Sportarten

- 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
- als Artist, Stuntman, Tierbändiger
- als Spreng- und Räumungspersonal sowie in Munitionssuchtrupps,
- als Berufstaucher,
- als Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler (auch Rennfahrer und Rennreiter),
- als im Bergbau unter Tage Tätiger.

4.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen,

dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Ausgenommen hiervon sind z.B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten.

4.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen

1. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.4. die überwiegende Ursache ist.
2. Gesundheitsschäden durch Strahlen.
In Abänderung dazu sind Gesundheitsschäden durch
 - Röntgenstrahlen,
 - Laserstrahlen,
 - Maserstrahlen (z.B. Mikrowelle),
 - künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,
 - energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt,mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.
3. Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
4. Infektionen, sofern diese nicht durch Ziffer 1 Punkt 8. erfasst werden.
5. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Für Vergiftungen durch Nahrungsmittel gilt Folgendes:

Eingeschlossen sind jedoch Vergiftungen durch eine einmalige Einnahme eines giftigen Nahrungsmittels, vorausgesetzt, eine daraus resultierende Gesundheitsschädigung tritt innerhalb einer Woche ein und wird innerhalb dieser Zeit ärztlich festgestellt. Ziffer 2.1.1 Punkt 1 Absatz 2 wird hier insoweit eingeschränkt.
6. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Versichert sind jedoch die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandenen Epilepsie zurückzuführen sind.

5 Was müssen Sie beachten

- bei Gruppenunfallversicherungen?
- bei Vollendung des 66. bzw. Beginn des 67. Lebensjahres

5.1 Gruppenunfallversicherung

Gruppenunfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der zu versichernden Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

5.1.1 Versicherungen ohne Namensangabe

1. Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Versicherungsschein bezeichneten Gruppe angehören.
2. Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

Sie sind verpflichtet, uns die Anzahl der zur Hauptfälligkeit eines jeden Jahres versicherten Personen bekannt zu geben. Sind mehrere Personengruppen versichert, wird die Anzahl für jede Gruppe benötigt.

Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für das kommende Versicherungsjahr und erstellen die entsprechende Beitragsrechnung.

3. Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

5.1.2 Versicherung mit Namensangabe

1. Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
2. Weitere Personen können jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Für neu anzumeldende Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang ihrer Anmeldung bei uns.
3. Personen in anderen Berufen oder mit anderen Beschäftigungen oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.
4. Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung, scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

5.1.3 Kumul / Höchstentschädigung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Werden mehrere durch einen Gruppenunfallversicherungsvertrag versicherte Personen verletzt oder getötet, so gelten 15.000.000 € als gesamte Höchstentschädigung für alle versicherten Personen anlässlich eines Schadenereignisses, oder einer zusammengehörenden Serie von Schäden, zusammen. Als Serie von Schäden gelten alle Ereignisse, die dieselbe Ursache haben, einander gegenseitig beeinflussen oder im Zusammenhang ausgelöst werden. Die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

5.2 Vollendung des 66. bzw. Beginn des 67. Lebensjahres

Personen bis Vollendung des 66. Lebensjahres, erhalten eine maximale Entschädigungsleistung von 1.000.000 €.

Personen ab Beginn des 67. Lebensjahres, erhalten eine maximale Entschädigungsleistung von 500.000 €.

Der Leistungsfall

6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung, und die der versicherten Person können wir unsere Leistungen nicht erbringen.

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

2. Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

Ist bei Selbständigen der Verdienstaufall nicht nachzuweisen, wird ein fester Betrag in Höhe von 1,0 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe, maximal jedoch 500 €, erstattet.

4. Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so gilt die Meldefrist von 48 Stunden bei Unfällen innerhalb Deutschlands, bei Unfällen im Ausland beginnt die Frist mit Kenntnisnahme des Antragstellers bzw. des Bezugsberechtigten. Die Meldung soll telegrafisch erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen. Der Versicherer wird sich auf diese Frist nur dann berufen, wenn die Frist schuldhaft versäumt wurde und dem Versicherer dadurch die zur Feststellung der Todesursache notwendigen Nachforschungen unmöglich gemacht werden.
6. Im Vermisstenfall ist eine Todesfalleistung erst fällig, wenn eine Sterbeurkunde vorgelegt wird.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 6 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, 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 Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. 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.
 - bei der Unfallrente zusätzlich die ärztliche Bescheinigung über eine voraussichtlich dauerhafte Invalidität von mindestens 40%.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.

2. Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

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

4. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht gilt für Sie bis zu drei Jahre sowie für
 - uns bis zu zwei Jahre
 - bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bis zu fünf Jahre nach dem Unfall
 - Dieses Recht muss von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8 Punkt 1, von Ihnen vor Ablauf der Frist

ausgeübt werden.

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

5. Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Bezug einer Unfall-Rente gemäß Ziffer 2.6 sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2 zahlen.

9.2 Dauer und Ende des Vertrages

9.2.1 Für alle Verträge gilt:

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren, kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

9.2.2 Für die Gruppen-Unfallversicherungen gilt:

1. Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.
2. Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.
3. Auf Ziffer 5.1.1 Punkt 3 – Ende des Versicherungsschutzes für Personen in der Gruppen-Unfallversicherung –weisen wir hin.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

In der Gruppen-Unfallversicherung können wir den Versicherungsschutz einer einzelnen versicherten Person unter denselben Voraussetzungen und mit denselben Fristen kündigen.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird drei Monate nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

9.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / erster oder einmaliger Beitrag

10.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 10.3.3 und 10.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

10.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2. Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

10.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

10.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

10.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

10.6 Beitragszahlung an Ihren Versicherungsvermittler

Der im Versicherungsschein genannte Versicherungsvermittler ist berechtigt, für uns das Einziehen Ihrer Beiträge zu übernehmen und verpflichtet, sie an uns weiterzuleiten.

Die Zahlung der Beiträge an den im Versicherungsschein genannten Versicherungsvermittler kommt der Zahlung an uns gleich.

Weitere Bestimmungen

11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

11.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), gilt folgendes:

1. Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung unmittelbar bei uns geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person.
2. Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über das Recht der versicherten Person gemäß Ziffer 11.1 Punkt 1
3. Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Vertrag stehen nicht der versicherten Person, sondern nur Ihnen zu.
4. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

11.2 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

11.3 Ist im Rahmen des Vertrages kein Bezugsrecht festgelegt worden,

erfolgt die Zahlung – mit befreiender Wirkung für uns – an Sie. Mit Ihrem Einverständnis kann die Entschädigung nach Vorlage eines Erbscheines auch direkt an die Erben erfolgen.

12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

12.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und der Beantwortung der an Sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

12.2 Rücktritt

12.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

12.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

12.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

1. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

2. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

12.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
2. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

14. Welches Gericht ist zuständig?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

15.1 Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

Sie sollen an unsere Hauptverwaltung oder an Ihren Versicherungsmakler gerichtet werden.

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

16 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

17 Wann werden diese Bedingungen geändert?

17.1 Änderung der INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG Unfallbedingungen

Werden die zwischen uns und Ihrem Versicherungsmakler allgemein vereinbarten Unfallbedingungen, die dazugehörigen Besonderen Bedingungen oder Vereinbarungen zu Ihren Gunsten geändert, so gelten sie mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag. Voraussetzung ist, dass Sie noch von diesem Versicherungsmakler betreut werden.

17.2 Maklerwechsel

Wechseln Sie Ihren Makler, so sind ab der auf den Wechsel folgenden Hauptfälligkeit die speziellen Unfallbedingungen zwischen uns und Ihrem bisherigen Versicherungsmakler nicht mehr Grundlage dieses Vertrages.

18. Maklerklausel

Der Versicherungsmakler ist berechtigt, Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen von Ihnen entgegenzunehmen und verpflichtet, sie unverzüglich an uns weiterzuleiten.

19 Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG

Erzbergerstraße 9 - 15

68165 Mannheim

Internet: www.inter.de

Vorstand: Matthias Kreibich (Sprecher), Michael Schillinger, Roberto Svenda, Holger Tietz;

Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas

Sitz der Gesellschaft

Mannheim

Registergericht

Amtsgericht Mannheim

HRB 3181

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE167724887

Versicherungssteuernummer 801/V90801001116

2. Weitere Ansprechpartner

Den Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers finden Sie im Antrag oder im Angebot.

3. Ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift von INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG ist unter Punkt 1 genannt, die Ihres Vermittlers finden Sie im Antrag oder im Angebot.

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Die Geschäftstätigkeit von INTER Allgemeine VERSICHERUNG AG, Erzberger Str. 9-15, 68165 Mannheim, bezieht sich auf den Betrieb aller Zweige der Schadenversicherung als Erst – und Rückversicherer.

Zuständige Aufsichtsbehörde:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

5. Garantiefonds

Ein Garantiefond ist gesetzlich nicht vorgesehen.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Antrag oder dem Angebot. Es gelten die zu Vertragsbeginn gültigen und Ihnen ausgehändigten Versicherungsbedingungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Bei dem im Antrag oder im Angebot genannten Preis handelt es sich um den Beitrag gemäß vereinbarter Zahlungsweise inklusive der Versicherungssteuer.
Die vom Gesetzgeber erhobene Versicherungssteuer beträgt derzeit in der Schadenversicherung allgemein 19%

8. Zusätzlich anfallende Kosten und/oder Gebühren

Für Tätigkeiten die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, stellen wir Gebühren in Rechnung, insbesondere Gebühren für Mahnungen (zurzeit 7,50 Euro) und angemessener Geschäftsgebühren bei Rücktritt vom Vertrag wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages. Hierzu verweisen wir auf § 39 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Angaben zur Fälligkeit des Beitrags finden Sie in den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen.

Sie haben Ihre Pflicht zur Zahlung des Beitrags erfüllt, wenn die Zahlung bei uns eingegangen ist. Das ist bei einer Überweisung der Zeitpunkt, zu dem der Beitrag auf unserem Konto gutgeschrieben wird. Bei Zahlung im Wege des Lastschriftinzugsverfahrens ist zusätzlich die wirksame Belastung Ihres Kontos erforderlich.

Ihre Zahlung ist rechtzeitig, wenn

- bei einem Überweisungsauftrag an Ihre Bank der Beitrag innerhalb der Zahlungsfrist von Ihrem Konto abgebucht wurde;
- Einzahlungen auf unser Konto bei Bank oder Post innerhalb der Zahlungsfrist vorgenommen werden.

Haben Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, haben Sie lediglich dafür zu sorgen, dass der Beitrag zum Zeitpunkt der Fälligkeit von Ihrem Konto abgebucht werden kann, also ausreichende Kontodeckung besteht.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen bzw. der Gültigkeit befristeter Angebote

Sofern wir die Gültigkeit von Informationen oder Angeboten begrenzt haben, finden Sie dort einen entsprechenden Hinweis. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), insbesondere des § 147 BGB. Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

11. Angaben zum Vertragsabschluss, zum Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie zur Antragsfrist

Der Vertrag mit uns kommt zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung des Versicherungsscheines durch Zahlung des Erstbeitrages und der Versicherungssteuer, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt.

Für Sach – und Unfallversicherungen gilt:

Wird der erste Beitrag erst nach dem diesem Zeitpunkt eingefordert, alsdann aber ohne Verzug gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem vereinbarten Zeitpunkt.

Die Angaben zum Beginn der Versicherung ergeben sich im Übrigen aus dem Antrag oder dem Angebot sowie den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen.

Eine Frist, während der Sie an den Antrag gebunden sind, besteht nicht.

12. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Eine Erklärung in Textform (z.B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

INTER Allgemeine Versicherung AG
Erzberger Str. 9-15
68165 Mannheim **oder**

Policenwerk Assekuradeure GmbH & Co. KG
Randersackerer Straße 51
97072 Würzburg

Sofern der in diesem Antrag genannte Versicherungsbeginn vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz beitragspflichtig vor Ablauf dieser Frist beginnt.

Widerrufsfolgen

Im Falle des Widerrufs steht uns die anteilige Prämie für den Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung bei uns zu. Eine etwaig darüber hinaus geleistete Prämie werden wir Ihnen erstatten.

13. Laufzeit

Die Laufzeit des Vertrages ergibt sich aus dem Antrag oder dem Angebot.

14. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen

Wenn Sie den Erstbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, ist der Versicherer berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

Wenn Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, kann der Versicherer ebenfalls vom Vertrag zurücktreten oder kündigen.

Der Vertrag kann von beiden Seiten zum vereinbarten Ablauf und nach Eintritt eines Versicherungsfalles gekündigt werden.

Darüber hinaus können Sie den Vertrag aus Anlass einer Beitragserhöhung ohne Änderung des Umfangs des Versicherungsschutzes kündigen.

Der Versicherer kann außerdem bei Zahlungsverzug mit einem Folgebeitrag und bei Insolvenz des Versicherungsnehmers kündigen. Unser Kündigungsrecht im Falle der Insolvenz des Versicherungsnehmers besteht nicht für Unfallversicherungen.

Unrichtige Angaben zu den Tarifmerkmalen können zu Vertragsstrafen führen.

Weitere Einzelheiten, insbesondere zu den Kündigungsfristen und etwaigen Vertragsstrafen, sind den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen zu entnehmen.

15. Angabe des Rechts welches der Versicherer bei der Vertragsanbahnung der Beziehung zum Versicherungsnehmer zugrunde legt

Den vorvertraglichen Beziehungen liegt deutsches Recht zugrunde.

16. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Dem Vertrag liegt deutsches Recht zugrunde. Der Gerichtsstand ist in den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen geregelt

17. Maßgebliche Vertragssprache

Wir teilen Ihnen alle Vertragsbedingungen und die vorliegenden Vertragsinformationen in deutscher Sprache mit. Während der Laufzeit dieses Vertrages kommunizieren wir mit Ihnen auf Deutsch.

18. Außergerichtliche Beschwerde und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns dies einmal nicht gelingen sollte, informieren Sie uns unter 0931 / 730 426 – 0 oder info@policenwerk.de.

Wir reagieren unverzüglich und suchen eine Lösung.

Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, als unabhängigen und neutralen Schlichter den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 50.000 Euro möglich und für Sie kostenfrei.

Es bleibt Ihnen unbenommen, Ihr Anliegen auf dem ordentlichen Rechtsweg vorzubringen.

19. Möglichkeiten einer Beschwerde bei der unter Punkt 4 genannten Behörden

Sollten Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sein, haben Sie die Möglichkeit, bei der unter Punkt 4 genannten Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.