

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung Premium/E

(AUB 03-2022premium_pw)

Risikoträger: ELEMENT Insurance AG

Assekuradeur: Policenwerk Assekuradeure GmbH & Co. KG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich.

Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre Unfallversicherung

Wer ist wer?

- Versicherer dieses Produkts sind wir, die ELEMENT Insurance AG.
- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
- Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Inhalt

Der Versicherungsumfang	3
A-1 Was ist versichert?	3
A-2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	7
A-3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	20
A-4 Was ist nicht versichert?	20
A-5 Was müssen Sie bei Erreichen der Altersstufe Kind / Erwachsener und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie bei der Anpassung des Beitrags an die Schaden- und Kostenentwicklung beachten?	24
Der Leistungsfall	27
A-6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	27
A-7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	28
A-8 Wann sind die Leistungen fällig?	28
Teil B	30
B1-1 Beginn des Versicherungsschutzes	30
B1-2 Beitragszahlung, Versicherungsperiode	30
B1-3 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung	30
B1-4 Folgebeitrag	31
B1-5 Bezahlverfahren	31
B1-6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	32
B1-7 Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit.....	32
B1-8 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern.....	33
B2-1 Dauer und Ende des Vertrags	34
B2-2 Kündigung nach Versicherungsfall	34
B3-1 Anzeigepflichten von Ihnen oder Ihres Vertreters bis zum Vertragsschluss	35
B4-1 Erklärungen und Anzeigen, Anschriftenänderung	37
B4-2 Vollmacht des Versicherungsvertreters.....	37
B4-3 Verjährung	37
B4-4 Örtlich zuständiges Gericht	38
B4-5 Anzuwendendes Recht.....	38
B4-6 Embargobestimmung.....	38
B4-7 Versicherung für fremde Rechnung.....	38
B4-8 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller.....	39
B4-9 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen.....	39
Teil C	40
Besondere Bedingungen	40
C-1 Besondere Bedingungen für die progressiven Invaliditätsstufen	40
C-2 Besondere Bedingungen für die monatliche Unfall-Rente ab 40 % Invalidität	41
C-3 Besondere Bedingungen für die Pflege-Assistance.....	42

Teil A

Der Versicherungsumfang

A-1 Was ist versichert?

A-1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

A-1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrages weltweit und rund um die Uhr, soweit im Folgenden für Einzelfälle keine abweichende Regelung getroffen wird.

A-1.3 Unfallbegriff

A-1.3.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

A-1.3.2 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Sachen oder von Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

A-1.4 Erweiterter Unfallbegriff

A-1.4.1 Kraftanstrengung und Eigenbewegung

A-1.4.1.1 Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

(1) ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

(2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

(3) einen Leistenbruch zuzieht.

Beispiel: Die versicherte Person zieht sich durch das Anheben eines Schrankes einen Leisten

Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb sind sie von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

A-1.4.1.2 Versichert sind ebenso Gesundheitsschädigungen infolge von Eigenbewegungen. Diese Erweiterung gilt aber nicht für Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und bei Blutungen innerer Organe.

A-1.4.2 Sonstige unfreiwillige Gesundheitsschäden

A-1.4.2.1 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von folgenden Ereignissen unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet:

- (1) Vergiftungen durch die Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre)
- (2) Nahrungsmittelvergiftungen, sofern diese durch einmalige Einnahme eines giftigen Nahrungsmittels passieren. Voraussetzung ist, dass eine daraus resultierende Gesundheitsschädigung innerhalb von einer Woche eintritt und innerhalb dieser Zeit ärztlich festgestellt wird.
- (3) Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe, wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren durch besondere Umstände bis zu sieben zusammenhängende Tage ausgesetzt gewesen ist,
- (4) Strahleneinwirkungen, auch Laser-, Röntgen-, Maser- und ultravioletten Strahlen,
- (5) mechanischer (z. B. Sturz), chemischer (z. B. Verätzung) oder elektrischer (z. B. Stromschlag) Einwirkung.

Ausgeschlossen bleiben

- (1) Schäden durch Kernenergie,
- (2) Gesundheitsschäden, die als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten,
- (3) Berufskrankheiten,
- (4) allmählich erlittene Gesundheitsschäden. Das sind solche, bei denen die versicherte Person den Einwirkungen länger als sieben Tage ausgesetzt war.

A-1.4.2.2 Zudem sind folgende Ursachen für Gesundheitsschädigungen mitversichert, solange die versicherte Person diese unfreiwillig erlitten hat:

- (1) Ertrinken,
- (2) Erstickten,
- (3) Erfrieren (auch Erfrierungen einzelner Körperteile),
- (4) Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug,
- (5) Sonnenbrand und Sonnenstich

A-1.4.3 Bewusstseinsstörungen

Wir leisten auch bei Unfällen durch Bewusstseinsstörungen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Situation nicht mehr gewachsen ist. Diese sind in der Regel vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wir leisten trotz einer aufgetretenen Bewusstseinsstörung für Unfallfolgen durch

- (1) einen Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Nicht versichert sind aber Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet während des Fahrens eines Pkw einen Schlaganfall und kollidiert deshalb mit einem Baum. Die dabei entstehenden Kopfverletzungen sind versichert. Für den als direkte Folge des Schlaganfalles gelähmten Arm wird keine Leistung erbracht.

(2) einen epileptischen Anfall.

Kein Versicherungsschutz besteht aber bei Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des epileptischen Anfalles sind.

(3) Alkoholkonsum. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt weniger als 1,8 ‰ beträgt.

(4) Einnahme von Medikamenten. Versicherungsschutz besteht auch, wenn eine versehentliche Falscheinnahme oder Nebenwirkungen zu einer Bewusstseinsstörung führt, in deren Folge ein Unfall passiert.

Kein Versicherungsschutz besteht aber bei Medikamentenmissbrauch.

(5) ungewollte Einnahme von sogenannten K.o.-Tropfen, soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt wurde.

(6) Herz-Kreislauf-Störungen.

(7) Übermüdung (Schlaftrunkenheit und Sekundenschlaf), Einschlafen, Schlafwandeln und Erschrecken.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person durch den regelmäßigen Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, einen Unfall erleidet.

A-1.4.4 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Für tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung, Lungenüberdruckunfall, Tiefenrausch, Blaukommen, Barotrauma oder Hyperventilation besteht ebenfalls Versicherungsschutz.

Wir ersetzen zudem die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer.

A-1.4.5 Unfälle bei Fahrtveranstaltungen

Bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (z. B. Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten), besteht Versicherungsschutz als Fahrer, Beifahrer oder Insasse.

Zu den versicherten Fahrtveranstaltungen gehören auch solche, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeuges im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings).

Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter besteht kein Versicherungsschutz.

Es besteht kein Versicherungsschutz bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen, bei denen es (auch nur teilweise) auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit oder auch einer maximalen Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt.

Auch bei jeglichen Übungs- und Trainingsfahrten zu Motorsportrennen oder Motorrennsportarten besteht kein Versicherungsschutz.

A-1.4.6 Luftfahrt- und Luftsportrisiko

Versicherungsschutz besteht als Passagier in einem Luftfahrzeug (Flugzeug).

Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person als Fluggast in einem Luftsportgerät von einem Unfall betroffen sind, wie z. B. bei einer Mitfahrt in einem Heißluftballon, als Passagier bei einem Segelrundflug oder als Passagier bei einem Fallschirm-Tandemsprung.

Sobald die versicherte Person eigenständig und eigenverantwortlich ein Luftfahrzeug führt, für das eine Lizenz erforderlich ist, besteht kein Versicherungsschutz (Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger).

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ein sonstiges Besatzungsmitglied (wie z. B. Funker, Bordmechaniker oder Flugbegleiter) ist.

Das Kitesurfen wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen angesehen, sodass hierbei uneingeschränkt Versicherungsschutz besteht.

A-1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (A-3) und zu den Ausschlüssen (A-4).

A-2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

A-2.1 Invaliditätsleistung

A-2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

A-2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten, wenn unfallbedingt die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist.

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

A-2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

A-2.1.1.3 Geltendmachung der Invaliditätsleistung

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

A-2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (A-2.5), sofern diese vereinbart ist.

Gegebenenfalls gezahlte Vorschüsse nach A-8.3 müssen nicht zurückerstattet werden.

A-2.1.2 Art und Höhe der Leistung

A-2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als einmalige Kapitalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 EUR.

A-2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich nach der Gliedertaxe (A-2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile, Sinnesorgane oder inneren Organe dort genannt sind, ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (A-2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für die spätere Bemessung der Invalidität (A-8.4).

A-2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder (Sinnes-) Organe gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

Arm	100 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
Hand im Handgelenk	80 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
andere Finger	20 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	100 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	100 %

Bein bis unterhalb des Knies	100 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	100 %
Fuß einschl. Fußgelenk	80 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
sofern das andere Auge vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
sofern das andere Ohr vor dem Unfall bereits vollständig funktionsunfähig war	100 %
Gehör auf beiden Ohren	100 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Stimme	100 %
Niere	25 %
Milz	10 %
Gallenblase	10 %
Magen	25 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %
Lungenflügel	50 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 100 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 10 % (ein Zehntel von 100 %).

A-2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

A-2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile, innere Organe oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach A-2.1.2.2.1 und A-2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 100 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 10 % (ein Zehntel von 100 %). Diese 10 %ige Vorinvalidität wird abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 90 %.

A-2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile, innere Organe oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte. Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (100 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (50 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 150 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

A-2.1.2.2.5 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen

- die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (A-2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach A-2.1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

A-2.2 Übergangsleistung

A-2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

A-2.2.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 50 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als sechs Monate an.

A-2.2.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als sechs Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

A-2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

A-2.2.3 Vorzeitige Zahlung der Übergangsleistung

Ist die versicherte Person nach A-2.2.1.1 in den ersten drei Monaten nach dem Unfall ununterbrochen zu 100 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, zahlen wir nach Vorlage eines ärztlichen Attestes 50 % der vereinbarten Übergangsleistung. Dieser Betrag wird auf einen weiteren Anspruch aus A-2.2.2 angerechnet.

A-2.2.4 Sofortige Zahlung der Übergangsleistung

Besteht ein Anspruch auf die Sofortleistung gemäß A-2.9 zahlen wir die Übergangsleistung nach Vorlage eines ärztlichen Attestes sofort in voller Höhe aus. Ein weiterer Anspruch auf die Übergangsleistung kann dann nicht mehr geltend gemacht werden.

A-2.3 Unfall-Tagegeld

A-2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

A-2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen,
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des Tagegeldes.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

A-2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld

A-2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation, soweit eine solche üblicherweise stationär durchgeführt wird.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Rehabilitationskliniken gelten nicht als objektiv medizinisch notwendige Heilbehandlungen. Es sei denn, es handelt sich um eine unmittelbar (innerhalb von 30 Tagen) an einen Krankenhausaufenthalt anschließende Anschlussbehandlung (AHB) oder berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung (BGSW).

A-2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für 1.000 Tage.
- pauschal für fünf Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

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.

A-2.4.3 Genesungsgeld

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld. Dann zahlen wir das Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben, längstens jedoch für 1.000 Tage.

A-2.5 Todesfalleistung

A-2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall.

Der unfallbedingte Tod gilt auch 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 das Ereignis überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

A-2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall verstirbt.

Sollte in diesem Zeitraum bereits eine Entschädigung gemäß A-2.1 geleistet worden sein, wird diese mit der Todesfallentschädigung verrechnet. Wir verzichten auf die Rückforderung einer gezahlten Invaliditätsleistung, sofern diese höher ist als die Todesfalleistung.

Nachfolgende Leistungen liegen Ihrem Vertrag immer zugrunde. Bestehen für eine versicherte Person mehrere Verträge mit diesen Leistungsarten bei uns, können diese immer nur aus einem der Verträge geltend gemacht werden.

A-2.6 Such-, Bergungs- und Rückholkosten

A-2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

A-2.6.1.1 Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- ihren ärztlich angeordneten oder medizinisch sinnvollen und vertretbaren Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstliegenden Druckkammer

entstanden.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Voraussetzung ist auch, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenersatzung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A-2.6.1.2 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder medizinisch sinnvoll und vertretbar waren.

A-2.6.1.3 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder, den Ehepartner oder den in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft.

A-2.6.1.4 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

A-2.6.2 Art und Höhe der Leistung

A-2.6.2.1 Wir erstatten nachgewiesene Kosten und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis maximal 100.000 EUR.

A-2.7 Kosten für kosmetische Operationen

A-2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes aufgrund eines nach diesem Vertrag ersatzpflichtigen Unfallereignisses oder aufgrund von Brustkrebs zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- spätestens innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall.

Bei Unfällen Minderjähriger wird die Frist bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres verlängert.

Wir ersetzen auch die Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz oder -teilersatz (z. B. Brücken, Implantate, Kronen, Inlays) versehenen Zähnen.

Ausgeschlossen von dem Kostenersatz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen oder Teleskopprothesen.

Voraussetzung für die Übernahme von Kosten für kosmetische Operationen ist außerdem, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A-2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Kosten für medizinisch notwendige Hilfs- und Heilmittel,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten von natürlichen Zähnen

bis insgesamt 50.000 EUR.

Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten von bereits mit festem Zahnersatz oder -teilersatz versehenen Zähnen werden bis maximal 1.000 EUR übernommen.

A-2.8 Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen und Bänderrissen (Gipsgeld)

Hat die versicherte Person bei einem Unfall einen vollständigen Knochenbruch oder kompletten Bänderriss erlitten, zahlen wir ein Schmerzensgeld in Höhe von 250 EUR, sofern keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgte.

Wurde die Verletzung im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthalts behandelt, zahlen wir ein Schmerzensgeld nach folgender Staffelung:

Ununterbrochener Krankenhausaufenthalt von

- bis drei Tage: 250 EUR
- vier bis 30 Tage: 500 EUR
- über 30 Tage: 1.500 EUR

Das Schmerzensgeld wird einmal je Unfall gezahlt.

A-2.9 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

A-2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Bei der versicherten Person wurde nach einem Unfall eine Krebserkrankung festgestellt oder die versicherte Person hat eine der nachfolgenden schweren Unfallverletzungen erlitten:

- (1) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- (2) Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- (3) Schädel-Hirn-Verletzung/Schädel-Hirn-Trauma mindestens 2. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- (4) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
- (5) Augenverletzungen
 - dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
 - Linsenverlust auf mindestens einem Auge
 - dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %
- (6) schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
 - Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßen-Abschnitten (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
 - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen

- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ

Die Sofortleistung ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls bzw. nach Erhalt der Krebsdiagnose unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

A-2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung beträgt 20.000 EUR.

Die Sofortleistung wird fällig, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall verstirbt.

Bei einer Krebserkrankung gilt Folgendes: Ist mit uns die Krebs-Soforthilfe vereinbart und kommt diese zum Tragen, geht diese der Krebs Sofortleistung bei Schwerverletzungen vor.

A-2.10 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge des Unfalls in ein Koma oder wird sie in ein künstliches Koma versetzt, so zahlen wir für die Dauer dieses Zustands, maximal für 104 Woche, ein Komageld in Höhe von 175 EUR je angefangene Woche.

A-2.11 Kurgeld

A-2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem versicherten Unfall

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren vom Unfalltage an gerechnet eine medizinisch notwendige Kur-Maßnahme durchgeführt.

Sie oder die versicherte Person haben uns die Voraussetzungen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

A-2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Kur-Tagegeld von 50 EUR täglich, längstens für 30 Tage.

Bei ambulanten Kur-Maßnahmen zahlen wir das Tagesgeld nur für die tatsächlichen Behandlungstage.

Die Leistung kann nur einmal je Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

A-2.12 Reha-Beihilfe

A-2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem versicherten Unfall

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren vom Unfalltage an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Reha-Maßnahme durchgeführt.

Sie oder die versicherte Person haben uns die Voraussetzungen durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes nachgewiesen.

Mitversichert sind teilstationäre Reha-Maßnahmen, bei denen die versicherte Person ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten (mit Ausnahme der Übernachtung) erhält.

Nicht versichert sind:

- „Intensivierte Rehabilitationsnachsorge“ (IRENA),
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
- berufsgenossenschaftlich stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
- sonstige vollstationäre Heilbehandlungen, für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) bei uns oder einem anderen Versicherer bezogen wird.

Voraussetzung für die Übernahme der Kosten ist außerdem, dass kein Dritter zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

A-2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Reha-Beihilfe für die nachgewiesene Eigenbeteiligung bis höchstens 10.000 EUR je Unfall.

A-2.13 Krankenhaus-Selbstbeteiligung

A-2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Voraussetzung für die Übernahme der Kosten ist außerdem, dass kein Dritter zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung nicht ausreicht.

A-2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen den Betrag, den die versicherte Person von ihrem gesetzlichen Krankenversicherer nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.

A-2.14.1 Leistung bei Entführungen

A-2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir zahlen eine Entführungsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

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

A-2.14.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine Entführungsleistung in Höhe von 150 EUR je Tag.

A-2.15 Heilkosten im Ausland

A-2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt 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 werden.

A-2.15.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

bis insgesamt 5.000 EUR.

A-2.16 Behinderungsbedingte Kosten

A-2.16.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir erstatten innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall die Kosten für behinderungsbedingte Mehraufwendungen, sofern die Maßnahmen aufgrund einer ausschließlich durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind.

Voraussetzung ist, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A-2.16.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 25.000 EUR für

- den behindertengerechten Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person,
- den Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz,
- den Umbau des Pkw der versicherten Person in ein behindertengerechtes Fahrzeug,
- den Umbau oder die Neuanschaffung an den Wohnsitz gebundener Maschinen und Geräte wie Telefonanlage oder Notrufsystem.

A-2.17 Berufliche Rehabilitation

A-2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

A-2.17.1.1 Wir erstatten innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall die Kosten für den Umbau des Arbeitsplatzes, wenn dadurch die berufliche Tätigkeit ganz oder teilweise wieder aufgenommen werden kann. Als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist.

A-2.17.1.2 Ist es der versicherten Person aufgrund eines Unfalls nicht mehr möglich, ihre jetzige Tätigkeit auszuüben, ersetzen wir notwendige und tatsächlich anfallende Kosten für Umschulungsmaßnahmen sowie Schulungs- und Prüfungsgebühren.

A-2.17.1.3 Voraussetzung ist, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A-2.17.2 Art und Höhe der Leistung

A-2.17.2.1 Für den Umbau des Arbeitsplatzes erstatten wir nachgewiesene Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 25.000 EUR für den Umbau

- eines Büros,
- eines Gebäudes,
- von Büromobiliar,
- sanitärer Anlagen und Küchen,
- von Maschinen und Geräten,
- eines Personen- oder Lastkraftwagens,
- sonstiger Anlagen.

Ist der Umbau teurer als eine Neuanschaffung, ersetzen wir die Kosten für eine Neuanschaffung.

A-2.17.2.2 Für Umschulungsmaßnahmen sowie Schulungs- und Prüfungsgebühren erstatten wir nachgewiesene Kosten bis 5.000 EUR.

A-2.18 Haushaltshilfekosten

A-2.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich aufgrund eines unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignisses vorübergehend in notwendig vollstationärer Heilbehandlung und kann daher der ihr obliegenden Versorgung und Beaufsichtigung der in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder nicht nachkommen.

Sie oder die versicherte Person haben uns die Notwendigkeit der vollstationären Heilbehandlung durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

A-2.18.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten bis zu 50 EUR je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens insgesamt 2.500 EUR je Unfallereignis.

A-2.19 Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund eines unfallbedingten Krankenhausaufenthaltes nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes bis maximal 2.500 EUR.

A-2.20 Vorsorgeversicherung für Lebenspartner und Kinder

A-2.20.1 Leistungsvoraussetzungen

Die Vorsorgeversicherung gilt

- (1) für den Ehe- bzw. Lebenspartner, wenn Sie oder eine versicherte Person nach Vertragsabschluss heiraten oder eine Lebenspartnerschaft begründen. Dies gilt jedoch nur, wenn für den Ehe- bzw. Lebenspartner weder bei uns noch einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht;
- (2) für jedes von Ihnen oder der versicherten Person nach Vertragsabschluss geborene Kind;
- (2) für jedes von Ihnen oder der versicherten Person nach Vertragsabschluss adoptierte Kind, solange dieses bei der Adoption das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Vorsorgeversicherung gewähren wir auch für Kinder, die der Ehe- oder Lebenspartner mit in die Partnerschaft bringt, sofern die Kinder bei der Eheschließung bzw. Partnerschaftsgründung das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und im gemeinsamen Haushalt der Eheleute bzw. Lebenspartner leben.

A-2.20.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Vorsorge-Versicherungssummen betragen:

- 25.000 EUR für den Invaliditätsfall mit Gliedertaxe nach A-2.1, allerdings ohne Mehrleistung oder Progression
- 3.000 EUR für den Todesfall
- zuzüglich der generell versicherten Leistungen gemäß A-2.6 bis A-2.19.

Die Vorsorgeversicherung gewähren wir für die Dauer von einem Jahr ab der Eheschließung bzw. Begründung der Lebenspartnerschaft und ab der Geburt bzw. Adoption.

Sie endet zum selben Zeitpunkt, zu dem der Unfallvertrag beendet wird bzw. der Versicherungsschutz aus dem Vertrag erlischt.

Stellen Sie während der Dauer des Vorsorgeschutzes einen Antrag auf Einschluss der betreffenden Person, gilt Folgendes:

- (1) Der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung.
- (2) Die beitragsfreie Dauer des Vorsorgeschutzes bleibt erhalten, anstelle der vorgenannten Versicherungssummen treten die von Ihnen beantragten Summen und Leistungen.

A-2.21 Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die dieser Unfallversicherung zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen Sie in keinem Punkt schlechter stellen, als die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlenen Musterbedingungen.

A-2.22 Leistungsgarantie

Werden die der Unfallversicherung im Neugeschäft für diesen Tarif zugrundeliegenden Bedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

A-2.23 Besitzstandsgarantie

A-2.23.1 Sollte sich bei einem Schadensfall herausstellen, dass Sie durch die Vertragsbedingungen zur Unfallversicherung des Vorvertrags bei Ihrem vorherigen Versicherer in Bezug auf den Versicherungsumfang bessergestellt gewesen wären, werden wir nach den Versicherungsbedingungen des letzten Vertragsstandes des direkten Vorvertrags regulieren.

A-2.23.2 Sie haben uns in diesem Fall die Bedingungen Ihres Vorversicherers zur Verfügung zu stellen.

A-2.23.3 Voraussetzungen

Die Besitzstandsgarantie gilt nur insoweit, dass

- (1) der Vertrag für die versicherte Person für mindestens drei Jahre bestand und nicht vom Vorversicherer gekündigt oder im gegenseitigen Einvernehmen beendet wurde,
- (2) zwischen Ablauf des Vorvertrags und Beginn unseres Vertrags maximal drei Monate lagen und
- (3) es sich bei dem Vorversicherer um ein in Deutschland zugelassenes Versicherungsunternehmen handelt.

A-2.23.4 Einschränkungen

- (1) Die maximale Entschädigung entspricht der Höchstsumme der jeweiligen beitragspflichtigen Leistungsart, die bei uns vereinbart ist.
- (2) Abweichende Progressionsstaffeln und Gliedertaxen finden keine Anwendung.
- (3) Bei beitragsfrei vereinbarten Leistungsarten werden höhere Versicherungssummen beim Vorversicherer bis maximal 20.000 EUR über unsere Versicherungssummen hinaus berücksichtigt.

Beispiel: Im Vorvertrag sind behinderungsbedingte Kosten bis 50.000 EUR beitragsfrei versichert, bei uns beträgt die Höchstsumme 25.000 EUR. Im Leistungsfall erhalten Sie maximal 45.000 EUR.

- (4) Die Besitzstandsgarantie gilt nicht für

- individuell mit uns vereinbarte Risikoausschlüsse (z. B. bestimmte Vorerkrankungen),
- Assistancелеistungen und sonstige versicherungsfremde Dienstleistungen,
- Elemente anderer Versicherungsarten, die nicht der Unfallversicherung zuzurechnen sind (z. B. Dread-Disease-Versicherung, Pflegetagegeldversicherung, Pflegerentenversicherung, Unfallversicherungen mit Prämienrückgewähr).

A-3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

A-3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für die Folgen von Krankheiten (z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen) oder Gebrechen (z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung).

A-3.2 Mitwirkung

A-3.2.1 Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten zusammen, mindern wir die Leistung um den Anteil, den die Krankheiten an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen haben (Mitwirkungsanteil).

A-3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 100 %, nehmen wir keine Minderung vor.

A-4 Was ist nicht versichert?

A-4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

A-4.1.1 Unfälle, die der versicherten Personen dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht auszuführen.

Ausnahme:

Ist die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt noch minderjährig (unter 18 Jahre) oder entmündigt, bieten wir Versicherungsschutz für Unfälle beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein oder beim unbefugten Gebrauch eines Fahrzeuges (§ 248b StGB).

Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

A-4.1.2 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahmen:

(1) Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Kein Versicherungsschutz besteht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, sowie für Personen, die sich in Erwartung eines eventuellen Kriegs oder Bürgerkriegs in das Krisengebiet begeben,
- bei der aktiven Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

(2) Versichert sind Unfallfolgen durch

- Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Partei verübt werden, sowie durch
- gewalttätige Auseinandersetzungen und inneren Unruhen,

wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

A-4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

A-4.1.4 Sportunfälle (beim Wettkampf und beim Training), wenn sie

- als Berufssportler oder
- bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person damit überwiegend den Lebensunterhalt verdient (einschließlich Sportförderung und entsprechender Tätigkeiten innerhalb von Polizei, Bundeswehr und Ähnlichem) verursacht werden.

Ausnahme:

Dieser Ausschluss gilt nicht für Vertragsamateure und Vertragssportler, die

- neben ihrer sportlichen Betätigung noch eine berufliche Tätigkeit ausüben und damit mindestens 50 % ihres Lebensunterhaltes bestreiten oder
- noch keine berufliche Tätigkeit ausüben, weil sie noch in der schulischen Ausbildung sind oder studieren und ihre Einkünfte für die ausgeübte Sportart einen Bruttobetrag von 6.000 EUR im Jahr nicht übersteigt (hierzu zählen feste Gehälter, Prämien, Preisgelder, Werbeverträge, Mäzenatentum, Sponsoring oder anderweitige Zuwendungen)

solange sie Sport unterhalb der ersten – bei Handball und Eishockey unterhalb der zweiten und Fußball unterhalb der dritten – deutschen Spiel- bzw. Leistungsklasse ausüben.

A-4.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter diese vorsätzlich herbeigeführt haben.

A-4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

A-4.2.1 Infektionen

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden infolge von Infektionen.

Ausnahmen:

Für nachfolgende Infektionen besteht Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung (erstmalige ärztliche Feststellung) frühestens drei Monate (bei FSME 15 Tage) nach Vertragsbeginn ausbricht bzw. diagnostiziert wird (Wartezeit). Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit, also nach Vertragsbeginn, ereignete.

- Es besteht Versicherungsschutz für den Ausbruch folgender Infektionskrankheiten:
 - Borreliose
 - Brucellose
 - Cholera
 - Diphtherie
 - Dreitagefieber
 - Echinokokkose
 - Fleckfieber
 - Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
 - Gelbfieber
 - Gürtelrose
 - Keuchhusten
 - Lepra
 - Malaria
 - Masern
 - Mumps
 - Paratyphus
 - Pest
 - Pfeiffersches Drüsenfieber
 - Pocken
 - Röteln
 - Scharlach
 - Schlafkrankheit
 - spinale Kinderlähmung
 - Tollwut
 - Tuberkulose
 - Tularämie
 - Typhus
 - Windpocken
 - Wundstarrkrampf
- Darüber hinaus sind alle Infektionen versichert, die durch Hautverletzungen von Tieren oder Insekten (z. B. Bisse oder Stiche) übertragen wurden (z. B. Meningitis).
- Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen, wenn die versicherte Person dadurch eine Gesundheitsschädigung, also einen so genannten Impfschaden, erleidet.

Ein Impfschaden ist eine Gesundheitsschädigung, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht.

- Versicherungsschutz besteht außerdem für
 - Wundinfektionen und Blutvergiftungen;
 - Infektionen durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen.

Geringfügig sind Verletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen;

- sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, wenn Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt haben;
- allergische Reaktionen auf Insektenstiche/-bisse oder infolge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern Sie oder die versicherte Person uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen anzeigen.

Wird aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt;

- Gesundheitsschäden aufgrund von Tröpfchen-, Kontakt- und Schmierinfektionen;
- Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstanden sind, wenn diese Heilmaßnahmen oder Eingriffe aufgrund eines versicherten Unfalls erforderlich waren.

A-4.2.2 Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Ausnahme:

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

A-4.2.3 Kein Versicherungsschutz besteht für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht werden.

Ausnahme:

Versichert sind 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

A-4.2.4 Kein Versicherungsschutz besteht für Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

Bandscheibenschäden sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen sind mitversichert, wenn ein Unfallereignis nach A-1.3 diese Gesundheitsschäden überwiegend (also zu mehr als 50 %) verursacht hat.

A-5 Was müssen Sie bei Erreichen der Altersstufe Kind / Erwachsener und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie bei der Anpassung des Beitrags an die Schaden- und Kostenentwicklung beachten?

A-5.1 Altersumstellung vom Kinder- auf den Erwachsenentarif

Bei versicherten Personen unter 18 Jahren erfolgt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat, eine Beitragsanpassung. Es gilt dann der Erwachsenen-Tarif.

Hierbei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag rückwirkend zum Beginn des neuen Versicherungsjahres mit reduzierten Versicherungssummen fort.

A-5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

- Berufsgruppe A

Die Einstufung in die Berufsgruppe A erfolgt für versicherte Personen, die eine kaufmännische, verwaltende, planende oder lehrende Tätigkeit ausüben. Dazu zählen z. B. Berufe in der

Verwaltung, im Verkauf, in der Datenverarbeitung (EDV-Bereich), im Gesundheitswesen, außerdem aufsichtsführende Tätigkeiten im Betrieb oder auf Baustellen.

Auch Personen, die keine berufliche Tätigkeit ausüben, also Schüler, Rentner und Pensionäre werden der Berufsgruppe A zugeordnet.

- Berufsgruppe B

Die Einstufung in diese Berufsgruppe B erfolgt für versicherte Personen, die eine körperliche, sportliche oder handwerkliche Tätigkeit ausüben (einschließlich mitarbeitender Meister). Dazu zählen z. B. Berufe im Gastgewerbe, in der Holz-, Metall- oder Kunststoffverarbeitung sowie der Vollzugsdienst (nicht Verwaltung) bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei oder Feuerwehr.

Übt eine Person auch nur gelegentlich Tätigkeiten der Berufsgruppe B aus, wird der Beitrag der Berufsgruppe B berechnet.

A-5.2.1 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst (ehem. Pflichtwehrdienst), militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für welche laut Tarif ein höherer Beitrag zu zahlen wäre, so gilt die Anzeigepflicht nicht, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand ist.

Die Anzeigepflicht gilt ebenfalls nicht, wenn die Gefahr erhöhende Tätigkeit zwar in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

A-5.2.2 Auswirkung der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von sechs Monaten ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

A-5.2.3 Versehensklausel

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholt. Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der letzten Hauptfälligkeit an.

A-5.3 Fortfall oder Änderung bestimmter Leistungsarten bei Erreichen von Altersgrenzen

Sofern nachfolgende Leistungsarten oder Leistungserweiterungen in Ihrem Vertrag vereinbart sind, gelten folgende Regelungen.

A-5.3.1 Unfall-Tagegeld (A-2.3) und Sofortleistung bei Schwerverletzungen (A-2.9)

Das Unfall-Tagegeld und die Sofortleistung bei Schwerverletzungen erlöschen zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

A-5.4 Anpassung des Beitrags an die Schadens- und Kostenentwicklung (Beitragsanpassungsklausel)

Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen und eine risikogerechte Tarifierung sicherzustellen, sind wir berechtigt und verpflichtet, alle drei Jahre durch eine neue Kalkulation der Beiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss.

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

Sie ist stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl abgrenzbarer Risiken durchzuführen. Wir wenden darüber hinaus die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

Versicherungsverträge, die (nach versicherungsmathematischen Grundsätzen) einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen, werden bei der Überprüfung in Risikogruppen zusammengefasst.

Im Rahmen der Prüfung vergleichen wir, ob sich die technischen Berechnungsgrundlagen (z. B. Sterbetafeln, Krankenhausstatistiken) zur Ermittlung der erwarteten Schadenaufwendungen, die in den Risikogruppen beobachtete gegenüber der in den technischen Berechnungsgrundlage kalkulierte Anzahl von Leistungsfällen bzw. die durchschnittlichen Schadenaufwendungen je Leistungsfall, verändert haben. Es dürfen hierbei nur Änderungen berücksichtigt werden, die sich seit der letzten Kalkulation der Beiträge ergeben haben. Der Ansatz für Gewinn sowie individuelle Beitragszu- oder abschläge bleiben außer Betracht.

Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

Als Datengrundlage für die Kalkulation kommen unternehmensinterne und unternehmensübergreifende Daten in Betracht; unternehmensübergreifende Daten werden u.a. von der Deutschen Aktuar Vereinigung (DAV) bzw. dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) zur Verfügung gestellt.

Sofern die Überprüfung eine Veränderung von mindestens 5 % (Bagatellgrenze) ergibt, sind wir im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, die Beiträge für die bestehenden Versicherungsverträge anzupassen.

Wird bei der Überprüfung eine Veränderung von weniger als 5 % festgestellt, findet eine Prämienanpassung nicht statt.

Sind die ermittelten Beiträge für bestehende Versicherungsverträge höher als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Berechnungsmerkmale und den gleichen Umfang des Versicherungsschutzes, können wir für die bestehenden Verträge höchstens die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

Der neue Beitrag wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam. Für eine Beitragserhöhung gilt dies aber nur, wenn wir Ihnen in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief)

(1) die Beitragserhöhung unter Hinweis auf den Unterschied zwischen altem und neuem Beitrag einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und

(2) Sie über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Bei Erhöhung des Beitrages können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Andernfalls wird der Vertrag mit dem geänderten Beitrag fortgeführt.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in A-2 geregelt.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

A-6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, 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. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

A-6.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

A-6.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

Wird bei Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von zwei Promille der versicherten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 1.000 EUR pro Unfallereignis.

A-6.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben,
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Sonst muss die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

A-7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in A-6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den 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 für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

A-8 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

A-8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen;
- bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln A-6.

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

A-8.2 Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

A-8.3 Vorschüsse

A-8.3.1 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

A-8.3.2 Die vereinbarte Invaliditätsleistung zahlen wir vor Abschluss des Heilverfahrens, wenn keine Lebensgefahr mehr besteht, für folgende Verletzungen:

- Verlust von Gliedmaßen;
- Verlust von einem der nachfolgend genannten inneren Organe: Nieren, Milz, Gallenblase, Magen, Zwölffinger-, Dick-, Dünn- und Enddarm, sofern die versicherte Person auf eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach A-2.1.2.2.2 verzichtet.

A-8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu fünf Jahre nach dem Unfall und uns längstens bis zu zwei Jahre nach dem Unfall zu.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

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

A-8.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall

Für alle Leistungsarten mit Kostenersatz gelten folgende Grundsätze:

- (1) Voraussetzung ist, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

- (2) Die in diesen Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und die Verordnung nachgewiesen werden.

Teil B

Abschnitt B1 – Beginn des Versicherungsschutzes, Beitragszahlung

B1-1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Dies gilt vorbehaltlich der Regelungen über die Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung des Erst- oder Einmalbeitrags.

B1-2 Beitragszahlung, Versicherungsperiode

B1-2.1 Beitragszahlung

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge im Voraus gezahlt, entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag.

B1-2.2 Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beträgt ein Jahr. Das gilt auch, wenn die vereinbarte Vertragsdauer länger als ein Jahr ist. Ist die vereinbarte Vertragsdauer kürzer als ein Jahr, so entspricht die Versicherungsperiode der Vertragsdauer.

B1-2.3 Versicherungsteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.

B1-3 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung

B1-3.1 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.

Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

B1-3.2 Unser Rücktrittsrecht bei Zahlungsverzug

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig nach B1-3.1 gezahlt, so können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht veranlasst haben.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

B1-3.3 Unsere Leistungsfreiheit

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig nach B1-3.1 zahlen, sind wir für einen vor Zahlung des Beitrags eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet. Voraussetzung ist, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben.

Die Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

B1-4 Folgebeitrag

B1-4.1 Fälligkeit

Ein Folgebeitrag wird entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils zu Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeginn oder zu einem anderen vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zur Fälligkeit veranlasst wird.

B1-4.2 Verzug und Schadensersatz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug. Dies gilt nur, wenn Sie die verspätete Zahlung zu vertreten haben.

Sind Sie mit der Zahlung eines Folgebeitrags in Verzug, sind wir berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

B1-4.3 Mahnung

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie auf Ihre Kosten in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist bestimmen (Mahnung). Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung betragen.

Die Mahnung ist nur wirksam, wenn wir je Vertrag die rückständigen Beträge des Beitrags sowie der Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und auf die Rechtsfolgen (Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht) hinweisen.

B1-4.4 Leistungsfreiheit nach Mahnung

Tritt nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Versicherungsfall ein und sind Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

B1-4.5 Kündigung nach Mahnung

Sind Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beiträge in Verzug, können wir nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden werden. Mit Fristablauf wird die Kündigung wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Hierauf sind Sie bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.

B1-4.6 Zahlung des Beitrags nach Kündigung

Die Kündigung wird unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung veranlasst wird. Wenn die Kündigung mit der Zahlungsfrist verbunden worden ist, wird sie unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach Fristablauf veranlasst wird.

Unsere Leistungsfreiheit nach B1-4.4 bleibt bis zur Zahlung bestehen.

B1-5 Bezahlverfahren

B1-5.1 Ihre Pflichten

Um den Beitrag rechtzeitig zu zahlen, ist, unabhängig von der gewählten Zahlungsmethode (z.B. SEPA-Lastschrift, Kreditkarte, PayPal), zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags für eine ausreichende Deckung des zu belastenden Kontos zu sorgen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abgegebenen Zahlungsaufforderung von uns erfolgt.

B1-5.2 Fehlgeschlagene Abbuchung

Haben Sie es zu vertreten, dass ein oder mehrere Beiträge trotz wiederholtem Abbuchungsversuch nicht eingezogen werden können, sind wir berechtigt, das vereinbarte Abbuchungsverfahren in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu kündigen.

Wir haben in der Kündigung darauf hinzuweisen, dass Sie verpflichtet sind, den ausstehenden Beitrag und zukünftige Beiträge selbst zu übermitteln.

Von Kreditinstituten erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Abbuchungen können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

B1-6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

B1-6.1 Allgemeiner Grundsatz

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags steht uns nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

B1-6.2 Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf, Rücktritt und Anfechtung

B1-6.2.1 Widerrufen Sie Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten. Voraussetzung ist, dass wir in der Widerrufsbelehrung auf das Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Ist die Widerrufsbelehrung nach Satz 2 unterblieben, haben wir zusätzlich den für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beitrag zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

B1-6.2.2 Treten wir wegen Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Versicherungsvertrag zurück, so steht uns der Beitrag bis zum Zugang der Rücktrittserklärung zu.

Wird der Versicherungsvertrag durch unseren Rücktritt beendet, weil der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist, so steht uns eine angemessene Geschäftsgebühr zu.

B1-6.2.3 Wird der Versicherungsvertrag durch Anfechtung von uns wegen arglistiger Täuschung beendet, so steht uns der Beitrag bis zum Zugang der Anfechtungserklärung zu.

B1-7 Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit

B1-7.1 Für den Fall unverschuldeter Arbeitslosigkeit im Sinne des Arbeitsförderungsrechts erfolgt bei unverändertem Versicherungsschutz für maximal 36 Monate eine Befreiung von der Beitragszahlung.

B1-7.2 Voraussetzung ist, dass

- (1) die Arbeitslosigkeit frühestens sechs Monate nach Vertragsbeginn eingetreten ist (Wartezeit),
- (2) es sich um eine Arbeitslosigkeit von mindestens sechs Wochen handelt und
- (3) der Vertrag noch nicht gekündigt wurde.

B1-7.3 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung setzt des Weiteren voraus, dass

- (1) Sie als Arbeitnehmer vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden standen und
- (2) das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

B1-7.4 Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht nicht, wenn

- (1) Sie als Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Auszubildender, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnenbetriebes, bei Ihrem Ehegatten oder bei einem in direkter Linie Verwandten beschäftigt waren;
- (2) bei Versicherungsbeginn bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtsanhängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht wieder, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die Voraussetzungen gemäß B1-7.2 erneut erfüllt sind.

B1-7.5 Das Vorliegen der unter B1-7.2 und B1-7.3 genannten Voraussetzungen muss durch entsprechende Bescheinigungen der zuständigen Agentur für Arbeit und des Arbeitgebers nachgewiesen werden.

B1-7.6 Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Sie vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit die Voraussetzungen gemäß B1-7.3 erfüllt haben.

B1-7.7 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung ist unverzüglich nach Eintritt der Arbeitslosigkeit in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) von Ihnen geltend zu machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen beginnt die Beitragsbefreiung mit dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang Ihrer Anzeige der Arbeitslosigkeit bei uns. Der Beginn der Beitragsbefreiung wird schriftlich bestätigt. Bis dahin sind die Versicherungsbeiträge bedingungsgemäß zu entrichten; überzahlte Beiträge werden mit zu diesem Zeitpunkt offenen Posten verrechnet.

B1-7.8 Über das Ende der Arbeitslosigkeit müssen Sie uns unverzüglich in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) informieren. Sie sind verpflichtet, uns jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Die Beitragsbefreiung tritt mit Ende des Monats, der auf den Monat folgt, in dem wir die Nachweise angefordert haben, außer Kraft, wenn uns in einem solchen Fall die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird.

B1-8 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Abschnitt B2 - Dauer und Ende des Vertrags/Kündigung

B2-1 Dauer und Ende des Vertrags

B2-1.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

B2-1.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr. Er verlängert sich nicht, wenn einer der Vertragsparteien rechtzeitig vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragslaufzeit eine Kündigung zugegangen ist.

B2-1.2.1 Der Vertrag kann von Ihnen zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden. Dies gilt auch im ersten Versicherungsjahr. Ihre Kündigung wird nur wirksam, wenn sie uns spätestens drei Monate vor dem Kündigungstermin in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zugegangen ist.

B2-1.2.2 Der Vertrag kann von uns jeweils zum Ende des Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum vereinbarten Ablauf mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Unsere Kündigung wird nur wirksam, wenn sie Ihnen spätestens drei Monate vor dem Kündigungstermin zugegangen ist.

B2-1.3 Vertragsdauer von weniger als einem Jahr

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vereinbarten Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

B2-1.4 Kündigung bei mehrjährigen Verträgen

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren, kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden. Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

B2-2 Kündigung nach Versicherungsfall

B2-2.1 Kündigungsrecht

Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls kann jede der Vertragsparteien den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) spätestens einen Monat nach der Zahlung, der Ablehnung oder der Zustellung der Klage zugegangen sein.

B2-2.2 Kündigung durch Sie

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung mit 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.

B2-2.3 Kündigung durch uns

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

B2-2.4 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit

Wird bei der versicherten Person eine

- dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 61a Sozialgesetzbuch XII oder
- eine Geisteskrankheit ärztlich festgestellt,

so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

Geisteskrank ist, wer aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen kann und einer Aufenthaltsunterbringung oder ständigen Aufsicht bedarf.

Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person nach Vorlage

- des Bescheids der Pflegekasse über die Zuerkennung eines Pflegegrades oder
- der Bestätigung des Krankenversicherers über eine Aufenthaltsunterbringung bzw. ständige Begleitung im Falle einer Geisteskrankheit ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

Abschnitt B3 - Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, andere Obliegenheiten

B3-1 Anzeigepflichten von Ihnen oder Ihres Vertreters bis zum Vertragsschluss

B3-1.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen wir in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Diese Anzeigepflicht gilt auch dann, wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme Fragen im Sinn von Satz 1 in Textform stellen.

Wird der Vertrag von einem Vertreter von Ihnen geschlossen, so sind bei der Anwendung von Absatz 1 und B3-1.2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist von Ihnen zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

B3-1.2 Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

B3-1.2.1 Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nach B3-1.1 Absatz 1, können wir vom Vertrag zurücktreten. Im Fall des Rücktritts besteht auch für die Vergangenheit kein Versicherungsschutz.

Wir haben jedoch kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie 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 zu gleichen oder anderen Bedingungen geschlossen hätten.

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.

B3-1.2.2 Kündigung

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nach B3-1.1 Absatz 1 leicht fahrlässig oder schuldlos, können wir den Vertrag kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu gleichen oder anderen Bedingungen geschlossen hätten.

B3-1.2.3 Vertragsänderung

Haben Sie Ihre Anzeigepflicht nach B3-1.1 Absatz 1 nicht vorsätzlich verletzt und hätten wir bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände den Vertrag auch zu anderen Bedingungen geschlossen, so werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Bei einer von Ihnen unverschuldeten Pflichtverletzung werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als zehn % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In dieser Mitteilung haben wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht hinzuweisen.

B3-1.3 Frist und Form für die Ausübung unserer Rechte

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung müssen wir innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben. Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht und der Umstände Kenntnis erlangen, die das von uns jeweils geltend gemachte Recht begründen.

B3-1.4 Unsere Hinweispflicht

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

B3-1.5 Ausschluss von Rechten von uns

Wir können uns auf unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

B3-1.6 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt bestehen.

B3-1.7 Erlöschen unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Diese Rechte erlöschen nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie oder Ihr Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben/hat.

Abschnitt B4 - Weitere Regelungen

B4-1 Erklärungen und Anzeigen, Anschriftenänderung

B4-1.1 Form, zuständige Stelle

Die für uns bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die den Versicherungsvertrag betreffen und die unmittelbar uns gegenüber erfolgen, sind in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abzugeben. Dies gilt nicht, soweit gesetzlich Schriftform oder in diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist.

Erklärungen und Anzeigen sollen an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Stelle gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben bestehen.

B4-1.2 Nichtanzeige einer Anschriften- oder Namensänderung

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

B4-2 Vollmacht des Versicherungsvertreters

B4-2.1 Erklärungen von Ihnen

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, von Ihnen abgegebene Erklärungen entgegenzunehmen betreffend

- (1) des Abschlusses bzw. des Widerrufs eines Versicherungsvertrages;
- (2) eines bestehenden Versicherungsverhältnisses einschließlich dessen Beendigung;
- (3) Anzeige- und Informationspflichten vor Abschluss des Vertrages und während des Versicherungsverhältnisses.

B4-2.2 Erklärungen von uns

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Ihnen von uns ausgefertigte Versicherungsscheine oder deren Nachträge zu übermitteln.

B4-2.3 Zahlungen an den Versicherungsvertreter

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Zahlungen, die Sie im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an ihn leisten, anzunehmen. Eine Beschränkung dieser Vollmacht müssen Sie nur gegen sich gelten lassen, wenn Sie die Beschränkung bei der Vornahme der Zahlung kannten oder in Folge grober Fahrlässigkeit nicht kannten.

B4-3 Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt. Die grob fahrlässige Unkenntnis steht der Kenntnis gleich.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) mitgeteilten Entscheidung beim Anspruchsteller nicht mit.

Im Übrigen richtet sich die Verjährung nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

B4-4 Örtlich zuständiges Gericht

B4-4.1 Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz von uns oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Ferner ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Sitz, den Sitz Ihrer Niederlassung oder Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie jedoch nach Vertragsschluss Ihren Sitz, den Sitz Ihrer Niederlassung, Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

B4-4.2 Klagen gegen Sie

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach Ihrem Sitz, dem Sitz Ihrer Niederlassung oder Ihrem Wohnsitz; fehlt ein solcher, nach Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt. Ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach dem Sitz von uns oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

B4-5 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

B4-6 Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika im Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

B4-7 Versicherung für fremde Rechnung

B4-7.1 Rechte aus dem Vertrag

Sie können den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für das Interesse eines Dritten (Versicherten) schließen. Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag stehen nur Ihnen und nicht auch dem Versicherten zu. Das gilt auch, wenn der Versicherte den Versicherungsschein besitzt.

B4-7.2 Zahlung der Entschädigung

Wir können vor Zahlung der Entschädigung an Sie den Nachweis verlangen, dass der Versicherte seine Zustimmung dazu erteilt hat. Der Versicherte kann die Zahlung der Entschädigung nur mit Ihrer Zustimmung verlangen.

B4-7.3 Kenntnis und Verhalten

B4-7.3.1 Soweit Ihre Kenntnis und Ihr Verhalten des von rechtlicher Bedeutung sind, sind bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten zu berücksichtigen. Soweit der Vertrag Interessen von Ihnen und von dem Versicherten umfasst, müssen Sie sich für Ihr Interesse das Verhalten und die Kenntnis des Versicherten nur zurechnen lassen, wenn der Versicherte Ihr Repräsentant ist.

B4-7.3.2 Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder ihm eine rechtzeitige Benachrichtigung von Ihnen nicht möglich oder nicht zumutbar war.

B4-7.3.3 Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es dagegen an, wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und uns nicht darüber informiert haben.

B4-8 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

B4-9 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

Teil C

Besondere Bedingungen

Nachfolgende Besondere Bedingungen gelten nur, soweit sie ausdrücklich im Versicherungsschein genannt sind.

C-1 Besondere Bedingungen für die progressiven Invaliditätsstufen

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach A-2.1 und A-3 ermittelt.

Welches der nachfolgenden Progressionsmodelle für Ihren Vertrag gilt, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein oder dem Nachtrag zum Versicherungsschein.

Invaliditäts- grad in %	Progressive Invaliditätsstufen			
	225 %	300 %	350 %	500 %
1 - 25	1 - 25	1 - 25	1 - 25	1 - 25
26	27	28	28	30
27	29	31	31	35
28	31	34	34	40
29	33	37	37	45
30	35	40	40	50
31	37	43	43	55
32	39	46	46	60
33	41	49	49	65
34	43	52	52	70
35	45	55	55	75
36	47	58	58	80
37	49	61	61	85
38	51	64	64	90
39	53	67	67	95
40	55	70	70	100
41	57	73	73	105
42	59	76	76	110
43	61	79	79	115
44	63	82	82	120
45	65	85	85	125
46	67	88	88	130
47	69	91	91	135
48	71	94	94	140
49	73	97	97	145
50	75	100	100	150
51	78	104	105	157
52	81	108	110	164
53	84	112	115	171
54	87	116	120	178
55	90	120	125	185

56	93	124	130	192
57	96	128	135	199
58	99	132	140	206
59	102	136	145	213
60	105	140	150	220
61	108	144	155	227
62	111	148	160	234
63	114	152	165	241
64	117	156	170	248
65	120	160	175	255
66	123	164	180	262
67	126	168	185	269
68	129	172	190	276
69	132	176	195	283
70	135	180	200	290
71	138	184	205	297
72	141	188	210	304
73	144	192	215	311
74	147	196	220	318
75	150	200	225	325
76	153	204	230	332
77	156	208	235	339
78	159	212	240	346
79	162	216	245	353
80	165	220	250	360
81	168	224	255	367
82	171	228	260	374
83	174	232	265	381
84	177	236	270	388
85	180	240	275	395
86	183	244	280	402
87	186	248	285	409
88	189	252	290	416
89	192	256	295	423
90	195	260	300	430
91	198	264	305	437
92	201	268	310	444
93	204	272	315	451
94	207	276	320	458
95	210	280	325	465
96	213	284	330	472
97	216	288	335	479
98	219	292	340	486
99	222	296	345	493
100	225	300	350	500

C-2 Besondere Bedingungen für die monatliche Unfall-Rente ab 40 % Invalidität

C-2.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach A-2.1 und A-3 ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad ohne Berücksichtigung von progressiven Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen von mindestens 40 % geführt.

C-2.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

C-2.3 Beginn und Dauer der Leistung

C-2.3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
- monatlich im Voraus.

C-2.3.2 Die Unfall-Rente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach A-8.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 40 % gesunken ist.

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

C-3 Besondere Bedingungen für die Pflege-Assistance

C-3.1 Allgemeine Hinweise

Die Pflege-Assistanceleistungen gelten ausschließlich subsidiär. 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 seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

C-3.2 Voraussetzungen

Die versicherte Person hat Anspruch auf die unter C-3.3 aufgeführten Kosten, 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.
- Die versicherte Person erleidet eine der unter A-2.9 der Bedingungen genannten schweren Unfallverletzung 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.

C-3.3 Umfang der Leistungen

Für die Dauer von sechs Monaten nach dem Unfallereignis übernehmen wir die Kosten der Vermittlung qualifizierter Dienstleister sowie die notwendigen Kosten für folgende Pflege-bzw. Assistanceleistungen:

- (1) tägliche Versorgung mit einer warmen Mahlzeit;

(2) 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);

(3) bis zu zweimal pro Woche Fahrdienst inkl. Begleitung zu notwendigen Behörden-, Arzt- und Therapieterminen im Umkreis von bis zu 50 km;

(4) bis zu insgesamt 10 Stunden pro Woche Reinigung der Wohnung, Reinigung von Wäsche sowie Versorgung von Pflanzen (auch im zur Wohnung gehörenden Vorgarten)

(5) Versorgung mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist - sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind;

(6) Tag- und Nachtwache bis 48 Stunden nach dem Krankenhausaufenthalt, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist;

(7) tägliche Grundpflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

C-3.4 Geltungsbereich

Es werden nur Kosten für Pflege-Assistanceleistungen in Deutschland übernommen.

C-4 Besondere Bedingungen für die Krebs-Soforthilfe

C-4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Bei der versicherten Person wurde eine der folgenden Krebserkrankungen diagnostiziert:

- (1) Brustkrebs
- (2) Hodenkrebs
- (3) bösartiger Gehirntumor
- (4) Gebärmutterhalskrebs
- (5) Eierstockkrebs
- (6) Prostatakrebs

C-4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Krebs-Soforthilfe in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Zudem gilt Folgendes:

- Die Soforthilfe wird nur einmal fällig. Falls sich der Krebs ausbreitet und weitere der oben genannten Organe befällt, gilt dies nicht als ein neues Schadenereignis.
- Gilt der Patient als geheilt und kehrt der Krebs frühestens ein Jahr nach der Genesung zurück, gilt dies als neues Schadenereignis. Dann wird die Sofortleistung erneut fällig.
- Die Sofortleistung kann nicht ausgezahlt werden, wenn einer der genannten Krebserkrankungen innerhalb von zwölf Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wird oder bei Antragstellung bereits bestanden hat.
- Sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Soforthilfe bei uns geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistung.