

Fassung 07.2023

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 Was ist nicht versichert?
- 6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit, der Beschäftigung oder bei Vollendung des 55. Lebensjahres beachten?

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 8 Welche Rechtsfolgen entstehen Ihnen bei Verletzung von Obliegenheiten?
- 9 Wie ist die Auszahlung der Versicherungsleistungen geregelt?

Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- 11 Wie sind Dauer und Ende des Vertrages geregelt?
- 12 Welche Kündigungsmöglichkeit haben Sie oder wir nach einem Versicherungsfall?

Der Versicherungsbeitrag

- 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 14 Wann ist der erste oder einmalige Beitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?
- 15 Wann ist der Folgebeitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?
- 16 Was ist zu beachten, wenn Sie ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben?
- 17 Welcher Beitragsanspruch besteht bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?

Weitere Bestimmungen

- 18 Wer hat Rechte und Pflichten aus dem Vertrag?
- 19 Was müssen Sie bei Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriften- und Namensänderungen beachten?
- 20 Was müssen Sie bei Korrektur des Geburtsdatums der versicherten Person beachten?
- 21 Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten haben Sie?
- 22 Welche besonderen Regeln gelten für nach dem Kindertarif versicherte Kinder?
- 23 Wann und wie werden die vereinbarten Leistungen erhöht?
- 24 Welche Verjährungsfristen sind zu beachten?
- 25 Welches Recht ist anzuwenden?
- 26 Welches Gericht ist für Klagen zuständig?
- 27 Wie werden Leistungsverbesserungen wirksam?
- 28 Wann kann es zu einer Bedingungsanpassung kommen?
- 29 Was leisten wir bei Arbeitslosigkeit?
- 30 Welche Leistungsgarantie wird Ihnen zugesichert?
- 31 Wie sind Sparten definiert?
- 32 Was ist die Ergänzungs-Deckung (EGD), sofern vereinbart und was leistet sie?
- 33 Was ist das Innovationsversprechen?

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt;
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden 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.

1.4.2 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unfreiwillig einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet, z. B. die Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen.

1.4.3 Als Unfall gilt auch der unfreiwillige Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod.

1.4.4 Als Unfall gilt auch ein Gesundheitsschaden, den sich die versicherte Person zuzieht, weil sie sich rechtmäßig verteidigt (z. B. Notwehr).

Das Gleiche gilt für Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei Rettungsbemühungen bewusst in Kauf nimmt. Dabei ist unerheblich, ob es um die Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen geht.

1.4.5 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person erfriert oder sich Erfrierungen zuzieht. Voraussetzung ist jedoch, dass die versicherte Person

- durch ein plötzliches Ereignis unfreiwillig der Kälte ausgesetzt wurde und
- sich dieser Situation aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.4.6 Als Unfall gilt auch, wenn unfreiwillig Gesundheitsschädigungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe entstehen. Ihre Einwirkungen gelten auch dann als plötzlich im Sinne von Ziff. 1.3, wenn die versicherte Person ihnen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu sieben Tagen ausgesetzt war und die Einwirkungen nicht beruflich oder dienstlich bedingt stattfanden.

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 (Ziff. 3) und zu den Ausschlüssen (Ziff. 5).

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 oder dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraumes nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Zeitraumes nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, wodurch Sie auf Dauer durch den Unfall beeinträchtigt sind.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

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 (Ziff. 2.3), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Eine vereinbarte Progressionsstaffel und weitere Leistungsverbesserungen können zur Erhöhung der Leistung führen.

Berechnet sich unter Berücksichtigung aller Bestimmungen eine Leistung, die mehr als das zehnfache der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme beträgt, so wird maximal die zehnfache Invaliditätsgrundsumme gezahlt.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziff. 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziff. 2.1.2.2.2).

Maßgeblich für die Erstbemessung des Invaliditätsgrades und alle weiteren Bemessungen (Ziff. 9.4) ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens zum Ablauf von drei Jahren nach dem Unfall erkennbar ist.

Der Grad der unfallbedingten Invalidität kann gemäß Ziff. 9.4 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile und 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.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.2.5 Progressionsstaffeln

Falls dies im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegt ist, wird die Berechnung der Invaliditätsleistung wie folgt erweitert:

Progressive Invaliditätsstaffel 100 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, ergibt sich die Invaliditätsleistung aus dem festgestellten prozentualen Invaliditätsgrad und der im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegten Invaliditätsgrundsumme.

Progressive Invaliditätsstaffel 225 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsgrundsumme.

Progressive Invaliditätsstaffel 350 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsgrundsumme.

Progressive Invaliditätsstaffel 500 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziff. 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegte Invaliditätsgrundsumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätsgrundsumme,
- für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätsgrundsumme
- für den 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die neunfache Invaliditätsgrundsumme

2.1.2.3 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 (Ziff. 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziff. 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.1.2.4 Wiederkehrende Zahlung der Invaliditätsgrundsumme

2.1.2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 % und besteht weiterhin nach dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Zeitraum. Dies ist auf Anforderung durch uns mit einem ärztlichen Gutachten nachzuweisen.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziff. 2.1.1 und 2.1.2.2. Vereinbarte verbesserte Gliedertaxen bleiben unberücksichtigt.

Bei der Bemessung des für die wiederkehrende Zahlung mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen.

2.1.2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen nach dem im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen vereinbarten Zeitraum, gerechnet ab dem Unfalltag, die zum Unfalltag gültige Invaliditätsgrundsumme.

Der Anspruch auf Leistung der wiederkehrenden Zahlung endet mit dem Tod der versicherten Person.

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Prozentsatz.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziff. 2.1.1 und 2.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziff. 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfall-Rente

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

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziff. 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Mindestprozentsatz gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit bis zum Erhalt der Lebensbescheinigung.

Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, muss uns der Tod unverzüglich mitgeteilt werden.

2.2.4 Berechnungsgrundlagen und Neubemessung des Invaliditätsgrades

Der nach Ziff. 2.2.1 maßgebliche Invaliditätsgrad bemisst sich nach Ziff. 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4. Vereinbarte verbesserte Gliedersteuern bleiben unberücksichtigt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad kann gemäß Ziff. 9.4 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen.

2.3 Todesfalleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Bitte beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziff. 7.6.

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Jahre ab dem Tag des Unfalls.

2.5 Genesungsgeld (doppeltes Krankenhaustagegeld)

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten. Der maximale Leistungszeitraum sowie die Höhe der Leistung ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

2.6 Ambulantes Krankenhaustagegeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person unterzieht sich einer unfallbedingten ambulanten Operation unter Vollnarkose bzw. einer unfallbedingten ambulanten Erstversorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose).

Zum Unfallzeitpunkt ist für die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld vereinbart.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Das ambulante Krankenhaustagegeld wird einmalig in Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Anzahl an Tagessätzen des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

2.7 Kurgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- eine Kur in einer Kurklinik, einem Erholungsheim oder einem Sanatorium stationär
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt.

Die medizinische Notwendigkeit dieses Aufenthaltes und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Kosten für Rehabilitations-Maßnahmen werden nicht ersetzt.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Das Kurgeld wird, für jeden Unfall nur einmal, in Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Betrages gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall eine oder mehrere der folgenden Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten;
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik;
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle

entstanden.

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

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

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

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Betrages.

Hierzu zählen auch die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer. Voraussetzung ist, dass die Nutzung durch einen tauchtypischen Gesundheitsschaden nach Ziff. 1.4.2 veranlasst wurde und medizinisch geboten war.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

2.9 Kosten für medizinische Hilfsmittel

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person werden, nachdem sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden, Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Die Kosten für medizinische Hilfsmittel werden bis zur Höhe des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen festgelegten Betrages ersetzt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

2.10 Kosten für kosmetische Operationen

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene notwendige Kosten

- für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug, sonstige ärztlich verordnete Heilmittel und Operationen,
- für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- für Zahnbehandlung und Zahnersatz

insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen vereinbarten Versicherungssumme.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind Kosten für beschädigten oder zerstörten Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate) und Kieferbehandlungen, Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege.

Kosten für Krankenpflege werden nur erstattet, wenn die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

2.11 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch für versicherte Personen ab Vollendung des 50. Lebensjahres

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr vollendet und erleidet einen Oberschenkelhalsbruch, zu dessen Behandlung sie sich in medizinisch notwendige stationäre und/oder ambulante Heilbehandlung begibt.

Ein Oberschenkelhalsbruch liegt vor, wenn vom Oberschenkelknochen der Oberschenkelhals, der Oberschenkelkopf oder der große Rollhügel gebrochen ist. Der Oberschenkelhalsbruch muss nicht aus einem Unfallereignis gemäß Ziff. 1.3 resultieren. Ziff. 5.2.3 bleibt unberührt.

Der Anspruch muss innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht werden.

2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Die Leistung erfolgt prozentual von der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

Es gelten die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Prozentsätze und maximalen Leistungen.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

Der festgelegte Höchstbetrag wird nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

2.12 Kosten für Rooming-In

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person, für die ein Krankenhaustagegeld vereinbart ist, hat am Unfalltag das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet. Sie befindet sich nach einem Unfall im Sinne von Ziff. 1 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und ein Eltern- oder Großelternanteil oder ein Pate übernachtet mit ihr im Krankenhaus (Rooming-In).

2.12.2 Art und Höhe der Leistung

Je Übernachtung wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldbetrages des versicherten Kindes gezahlt.

Der maximale Leistungszeitraum sowie der Höchstauszahlungsbetrag je Unfallereignis ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

2.13 Versicherungsleistungen für neue Familienmitglieder

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Nach Beginn des Versicherungsschutzes neu hinzukommende

- Neugeborene und
- noch nicht bei uns unfallversicherte Ehe-/oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einer versicherten Person sind beitragsfrei mitversichert.

Versicherungsschutz besteht bei Neugeborenen ab Geburt, bei Ehe-/oder Lebenspartnern ab dem Tag Ihrer standesamtlichen Eheschließung bzw. ab dem Tag der Begründung Ihrer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes für den Zeitraum von zunächst drei Monaten.

Wird uns gegenüber in diesem Zeitraum die Geburt durch Vorlage einer Kopie der Geburtsurkunde oder die Eheschließung durch Vorlage einer Kopie der Heiratsurkunde bzw. die Begründung der Lebenspartnerschaft durch Vorlage der Begründungsurkunde angezeigt, so verlängert sich der Versicherungsschutz um weitere neun auf insgesamt zwölf Monate.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Versichert sind folgende Leistungsarten:

- Invaliditätsleistung (Ziff. 2.1)
- Todesfallleistung (Ziff. 2.3)
- Krankenhaustagegeld (Ziff. 2.4) bzw. Genesungsgeld (Ziff. 2.5)
- Bergungskosten (Ziff. 2.8)

Die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen.

2.14 Assistancelleistungen

Der Versicherungsschutz dieser Ziffer kann unabhängig von anderen vereinbarten Leistungsarten von den Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen von Ziff. 12 selbstständig gekündigt werden.

Erbrachte Hilfeleistungen gemäß Abschnitt B. bis E. dieser Ziffer begründen keinen Anspruch auf weitere Leistungen aus Ihrem Unfallversicherungsvertrag. Diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch uns.

Soweit für erbrachte Hilfeleistungen gemäß Abschnitt B. bis E. ein anderer Ersatzpflichtiger – insbesondere eine Kranken- oder Pflegeversicherung – eintrittspflichtig ist, sind die uns entstandenen Kosten entsprechend voll oder anteilig zurückzuzahlen. Etwa erforderliche Anträge zur Bewirkung von Leistungen sind von Ihnen oder der versicherten Person bei den anderweitig Ersatzpflichtigen zu stellen und uns auf Verlangen nachzuweisen. Die von einem anderweitig Ersatzpflichtigen erbrachten Leistungen sind ebenfalls entsprechend darzulegen und nachzuweisen.

Die in Abschnitt C. festgelegten Höchstbeträge beinhalten die gesetzliche Mehrwertsteuer und werden nicht nach Ziff. 23 laufend erhöht.

A. Informationsleistungen

Die nachfolgenden Informationsleistungen werden auf Ihren Wunsch unabhängig von einem Unfallereignis erbracht.

(1) Zusendung von Formularen

Der versicherten Person werden eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht zugesandt.

(2) Informationen zu Wellness- und Gesundheitsreisen

Der versicherten Person werden spezielle Wellness-Reiseveranstalter und Wellness-Hotels sowie Reiseveranstalter von Gesundheitsreisen benannt. Bei Bedarf erfolgt die Zusendung einer Auflistung mit Reiseveranstaltern und Hotels per Post oder per E-Mail.

(3) Informationen zu Ernährung und Sportvereinen

Der versicherten Person wird eine Auflistung mit Tipps zur gesunden Ernährung per Post oder E-Mail zugesandt. Diese Leistung beinhaltet keine Ernährungsberatung. Zusätzlich werden Sportvereine in der Region oder in der Nähe des Wohnortes benannt und bei Bedarf eine Auflistung per Post oder E-Mail versandt.

(4) Reiseinformationsleistungen

Die versicherte Person erhält folgende Informationen:

- Informationen über Impf- und Gesundheitsbestimmungen
- Informationen über Ein- und Durchreise, Visabestimmungen
- Informationen über Devisenbestimmungen, Währungen
- Informationen über Fremdenverkehrsämter
- Nennung von Reisebüros
- Informationen über diplomatische und konsularische Vertretungen

(5) Informationen zur Zusammenstellung einer Reiseapotheke

Die versicherte Person erhält eine Zusammenstellung von frei verkäuflichen Medikamenten für eine Reiseapotheke. Die Leistung beinhaltet keine medizinische Beratung zu den Medikamenten.

(6) Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnung/Haus/KFZ

Der versicherten Person wird eine Beratung für den behinderten-gerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des KFZ vermittelt.

(7) Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Der versicherten Person werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen, Rollstuhl etc. vermittelt. Eine Kostenerstattung erfolgt nicht.

(8) Gesundheitstelefon

In der Zeit von Montag bis Freitag von 08.00 bis 20.00 Uhr steht der versicherten Person unser medizinisches Fachpersonal telefonisch zur Information und Rücksprache über medizinische Fragen zur Verfügung. Das medizinische Fachpersonal berät sie bei folgenden Anliegen:

- Allgemeine und spezielle Fragen aus allen Fachgebieten zu unfallbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- Information über unfallbedingte Krankheitsbilder und Möglichkeiten der Prävention
- Erläuterung von Therapiealternativen
- Informationen über Arzneimittel, laienverständliche Erläuterungen von Beipackzetteln sowie Beratung zu Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln
- Ärztliche telefonische Zweitmeinung
- Erstberatung in psychosozialen Krisensituationen
- Unterstützung bei der Suche nach Ärzten, Fachärzten, Spezialisten, Physiotherapeuten etc. und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Fach-, Spezial- und Reha-Kliniken etc.

Hierbei handelt es sich um allgemeine Hinweise und Informationen. Einen Arztbesuch zur Diagnosestellung, Therapiefestlegung, Gesundheitsverlauf etc. ersetzt dieses Gespräch keinesfalls.

B. Hilfeleistungen im Inland

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten und der konkrete Hilfebedarf ist bei einem Telefonat mit Ihnen oder der versicherten Person sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Hilfebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein. Der Anspruch auf Hilfeleistung entsteht spätestens nach Abschluss der ärztlichen Akut- bzw. Anschlussheilbehandlung.

(b) Für Personen ab Vollendung des 70. Lebensjahres gilt: Die Hilfeleistungen im Inland können auch aufgrund eines ambulanten oder stationären Eingriffs/Behandlung wegen folgender - nicht unfallbedingter - Krankheitsbilder in Anspruch genommen werden (ein Nachweis hat durch ein ärztliches Attest zu erfolgen): Herzinfarkt, Schlaganfall, Bypass-Operation sowie Oberschenkelhalsbruch aufgrund Osteoporose.

(c) Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Hilfeleistung richtet sich nach der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister (einem anerkannten Sozialdienst) bestimmt. Die Hilfeleistungen werden für die Dauer der Hilfsbedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, längstens jedoch für 12 Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

(d) In Einzelfällen können die Hilfeleistungen von einem Verwandten oder einer anderen nahe stehenden Person erbracht werden. In diesen Fällen können wir einen pauschalen Betrag pro Stunde erstatten, der – je nach Leistungsart – von uns festgelegt wird. Die Hilfeleistungen müssen entsprechend nachgewiesen werden, ein Rechtsanspruch entsteht hierdurch nicht.

Solche Personen sind direkt von Ihnen oder der versicherten Person und nicht von uns beauftragt. Wir sind daher in diesen Fällen von jeder Haftung für die Tätigkeit der nicht von uns beauftragten Person befreit.

Eine Privaterstattung ist grundsätzlich nicht möglich für folgende Leistungen: Grundpflege, Verhinderungspflege sowie Tag- und Nachtwache.

Die in den nachfolgend unter „Leistungsumfang“ in den jeweiligen Ziffern jeweils aufgeführten Höchstsätze bilden dabei die Obergrenze für eine Erstattung.

Leistungsumfang

(1) Installation einer Hausnotrufanlage

In der Wohnung/in dem Haus der versicherten Person wird die Installation einer Hausnotrufanlage organisiert, über die der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist. Dieser leitet bei Bedarf notwendige Hilfsmaßnahmen (z. B. Pflegepersonal anfordern, Krankentransport veranlassen, Feuerwehr oder Polizei verständigen, Hausarzt benachrichtigen, Information der Angehörigen) ein. Die Einrichtung der Hausnotrufanlage erfolgt durch den Dienstleister.

Die Kosten für die Erstinstallation sowie die für die Dauer des Leistungszeitraumes anfallenden laufenden Kosten werden übernommen.

(2) Menüservice

Die leistungsberechtigten Personen erhalten nach Wunsch oder organisatorischer Machbarkeit einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit. Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot ausgewählt werden.

Leistungsberechtigte Personen sind die versicherte Person und in deren Haushalt lebende Familienmitglieder, die die versicherte Person im Inland üblicherweise versorgt (keine Wohngemeinschaft). Dazu zählen Ehe- oder Lebenspartner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Kinder- und/oder Enkelkinder.

(3) Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche mindestens 2 Stunden werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht:

Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die hierfür erforderlichen Kosten, z. B. für Einkäufe und Reinigung sowie Gebühren, auch Rezeptgebühren, tragen Sie bzw. die versicherte Person.

(4) Begleitung/Fahrdienst zu Arzt- und Behördengängen

Bis zu siebenmal in der Woche wird die versicherte Person, wenn das persönliche Erscheinen bei einer Behörde oder einem Arzt unumgänglich ist, dorthin gebracht, wieder abgeholt und, wenn erforderlich, während des Termins/Besuchs begleitet.

(5) Reinigung der Wohnung

Einmal in der Woche wird mindestens 2 Stunden innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

(6) Pflanzenpflege

Mit der Reinigung der Wohnung (Ziffer (5)) werden bei Bedarf auch die im Wohnraum sowie auf Balkon oder Terrasse befindlichen Pflanzen gegossen.

(7) Reinigung des Treppenhauses und der Gemeinschaftsräume in Mehrfamilienhäusern

Sofern erforderlich, organisieren wir die Reinigung der Gemeinschaftsräume (Treppenhaus, Waschraum etc.) sowie des Treppenhauses bei Gemeinschaftseigentum oder des gemieteten Wohnraums, soweit die versicherte Person hierzu verpflichtet ist.

(8) Versorgung der Wäsche

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person bis zu einer Dauer von drei Stunden gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

(9) Fahrdienst zur Krankengymnastik/-therapie

Bis zu siebenmal in der Woche wird die versicherte Person zur Krankengymnastik/-therapie gebracht und wieder abgeholt.

(10) Organisation einer Haustierbetreuung

Der versicherten Person wird die Betreuung ihrer Haustiere bis zu siebenmal in der Woche organisiert und die Kosten hierfür werden übernommen. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere, wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel etc., und nicht für exotische Tiere oder Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung erforderlich ist, wie z. B. Reptilien.

(11) Gartenpflege

Wir organisieren die unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Gartenpflege am Wohnsitz der versicherten Person und übernehmen die Kosten hierfür. Hierzu zählen u.a. die Bewässerung des Rasens sowie der Pflanzen sowie Mähen des Rasens.

(12) Kinderbetreuung

Sollte aufgrund eines Unfalls der versicherten Person die Betreuung der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder nicht sichergestellt sein, wird eine Kinderbetreuung für die Dauer von max. 48 Stunden organisiert und die Kosten für diesen Zeitraum übernommen.

Die Leistung umfasst die Betreuung der Kinder rund um die Uhr z. B.

- Wegbegleitung,
- Hausaufgabenbetreuung,
- Zubereiten der Mahlzeiten,
- Betreuung in der Freizeit,
- zu Bett bringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar solange, bis sie anderweitig, z. B. durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person übernommen werden kann.

Die Leistungsdauer von 48 Stunden kann unterbrochen werden, ohne dass der Gesamtanspruch endet.

C. Hilfeleistungen im Ausland

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Erleidet die versicherte Person im Ausland (als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland und des Landes innerhalb der EU/EWR, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat) einen Unfall nach Ziff. 1, organisieren wir die im nachfolgenden Leistungsumfang beschriebenen Leistungen und übernehmen die Kosten, sofern die Organisation durch einen von uns beauftragten Dienstleister erfolgt und es die Besonderheiten des jeweiligen Landes zulassen.

Leistungseinschränkung

(b) Haben Sie oder die versicherte Person sich aufgrund unserer Leistung Kosten erspart, die Sie ohne den Schadeneintritt hätten aufwenden müssen, können wir unsere Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten kürzen.

(c) Haben Sie oder die versicherte Person aufgrund desselben Schadenfalles neben den Ansprüchen auf Leistungen durch uns auch Erstattungsansprüche gleichen Inhalts gegen Dritte, kann insgesamt keine Entschädigung verlangt werden, die den Gesamtschaden übersteigt.

(d) Soweit im Schadenfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es Ihnen frei, welchem Versicherer Sie den Schadenfall melden. Melden Sie ihn an uns, werden wir im Rahmen der Hilfeleistungen mit Kostenübernahme bei Auslandsreisen in Vorleistung treten.

Leistungsumfang

(1) Vermittlung ärztlicher Betreuung

Nach einem Unfall auf einer Reise im Ausland informieren wir die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen, soweit erforderlich, die Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.

(2) Arzneimittelversand

Ist die versicherte Person auf einer Reise im Ausland zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit auf verschrei-

bungspflichtige Arzneimittel, die an ihrem Aufenthaltsort oder in dessen Nähe nicht erhältlich sind und für die es dort auch kein Ersatzpräparat gibt, dringend angewiesen, sorgen wir nach Abstimmung mit dem Hausarzt für die Zusendung des Arzneimittels und tragen die hierdurch entstehenden Kosten. Voraussetzung ist, dass keine Einfuhrbeschränkungen bestehen. Entstehende Kosten für eine eventuell notwendige Abholung des Arzneimittels sowie dessen Verzollung werden erstattet.

(3) Krankenrücktransport

Muss die versicherte Person auf einer Reise an ihren ständigen Wohnsitz zurücktransportiert werden, sorgen wir für die Durchführung des Rücktransportes und tragen die hierdurch entstehenden Kosten. Art und Zeitpunkt des Rücktransportes müssen medizinisch notwendig sein. Unsere Leistung erstreckt sich auch auf die Begleitung des Erkrankten durch einen Arzt oder Sanitäter, wenn diese behördlich vorgeschrieben ist.

(4) Kosten für Krankenbesuch

Muss sich die versicherte Person auf einer Reise länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, zahlen wir die Fahrt- und Übernachtungskosten für Besuche durch eine nahestehende Person bis zur Höhe von 600 EUR.

(5) Rückholung von mitreisenden Kindern

Können mitreisende angehörige Kinder unter 16 Jahren auf einer Reise infolge Todes oder Erkrankung der versicherten Person weder von dieser noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgen wir für deren Abholung und Rückfahrt mit einer Begleitperson zu ihrem ständigen Wohnsitz und tragen die hierdurch entstehenden Kosten für Bahnfahrt 1. Klasse oder Flug ab 1.000 km Entfernung.

(6) Hilfe im Todesfall

Stirbt die versicherte Person auf einer Reise im Ausland, sorgen wir nach Abstimmung mit den Angehörigen für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung an ihren ständigen Wohnsitz und tragen die hierdurch jeweils entstehenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 EUR.

(7) Hilfeleistung in besonderen Notfällen

Gerät die versicherte Person auf einer Reise im Ausland in eine besondere Notlage, die in den Ziff. 1 bis 6 nicht geregelt ist und zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, werden die erforderlichen Maßnahmen veranlasst und die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 300 EUR je Schadenfall übernommen. Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.

D. Pflegeleistungen

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Die versicherte Person hat einen Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten und der konkrete Pflegebedarf ist bei einem Telefonat mit Ihnen oder der versicherten Person sowie durch einen Dienstleister vor Ort festgestellt worden. Der Pflegebedarf muss auf den Unfall zurückzuführen sein.

(b) Der Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Pflegeleistung richtet sich nach der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und wird von uns bzw. von einem von uns beauftragten Dienstleister (einem anerkannten Sozialdienst) bestimmt. Die Pflegeleistungen werden für die Dauer der Pflegebedürftigkeit ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland am Ort des Haushaltes erbracht, längstens jedoch für 12 Monate, vom Unfalltag an gerechnet. Ein weiterer, dem ursprünglich unfallbedingten nachfolgender Krankenhausaufenthalt oder eine sich anschließende Rehabilitationsmaßnahme hat im Hinblick auf die Leistungsdauer keine aufschiebende Wirkung. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Die Kostenübernahme gilt nur für Dienstleister, die von uns beauftragt werden. Die Auswahl der Dienstleister erfolgt durch uns.

Leistungsumfang

(1) Tägliche Grundpflege

Ist die versicherte Person wegen eines Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrads 2 nach § 15 Abs. 1 des elften Buch des Sozialgesetzbuchs gegeben sind, erhält sie zu

Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege einschließlich Teilwaschung (dazu zählen Waschen, z. B. des Intimbereichs; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege) oder Ganzwaschung (dazu zählen Waschen, Duschen und Baden; Mund-, Zahn- und Lippenpflege; Rasieren; Haut- und Haarpflege), Hilfe beim An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird täglich mindestens 45 Minuten erbracht.

(2) Verhinderungspflege

Ist die versicherte Person aufgrund des Unfalls nicht mehr in der Lage, eine im Haushalt lebende pflegebedürftige Person zu betreuen, organisieren wir einmalig je Unfallereignis eine Kurzzeitpflege.

Die Kosten hierfür werden üblicherweise von der Pflegeversicherung übernommen. Wir übernehmen die Kosten für den Fall, dass die Pflegeversicherung hierfür nicht aufkommt.

(3) Pflegeberatung

Stehen der versicherten Person Ansprüche auf Leistungen aus der Pflege-Pflichtversicherung nach § 15 Abs. 1 des elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB) zu, so werden Sie, die versicherte Person oder deren Angehörige telefonisch beraten durch pflegeerfahrene Ärzte oder pflegeerfahrene medizinische Fachkräfte zu folgenden Themen:

- über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegeversicherung und das entsprechende Antragsverfahren
- Beratung zu Pflegeinstufung inkl. Widerspruchsverfahren
- Beratungen zu Leistungen der Krankenversicherung, z. B. auch zur Hilfsmittelversorgung bzw. Maßnahmen der Rehabilitation gemäß SGB V
- Medizinische Informationen zu alterstypischen Krankheitsbildern
- Leistungen der Pflegeversicherung (Sach- und Geldleistungen), Beratung nach SGB XI
- Beratung zu Pflegehilfsmitteln (keine Kostenzusagen im Rahmen der Pflegeversicherung) sowie zu Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements: Abklärung der aktuellen Situation und des Bedarfs nach Entlassung; dies umfasst die Beratung zur pflegerischen Anschlussversorgung in ambulanten Pflegediensten, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der stationären Pflege, Organisation/Koordination von Hilfsmitteln, Essen auf Rädern, Fahrdienst etc., Informationen/Beratung zu Kostenträgern im Pflegebereich (z. B. Pflegeversicherung), Informationen zu und Benennung von therapeutischen Maßnahmen, ambulanten Pflegediensten
- Beratung zu Finanzierung von Pflegeleistungen und Pflegeheimplätzen, allgemeine Beratung laut SGB.

(4) Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (max. 2 Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege geschult.

Die Schulung wird einmal durchgeführt. Die Kosten für die Schulung sind auf 100 EUR begrenzt.

(5) Tag- und Nachtwache

Keht die versicherte Person nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder einer unfallbedingten ambulanten Operation nach Hause zurück und muss sie aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache. Diese Leistung wird einmalig für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

(6) Benennung eines Pflegedienstes

Der versicherten Person wird ein Pflegedienst in ihrer Region oder in der Nähe ihres Wohnortes benannt. Sind mehrere Pflegedienste in der Nähe verfügbar, werden mehrere benannt.

(7) 24 Stunden Pflegeplatzgarantie

Wir garantieren bei Bedarf eine Unterbringung der versicherten Person oder einer in deren Haushalt lebenden Person in einer sta-

tionären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt. Anschließend unterstützen wir Sie, falls erforderlich, bei der Suche nach einem langfristig gewünschten und geeigneten Pflegeplatz.

E. Reha-Manager

Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

(a) Die Leistungen werden auf Basis der individuellen Bedürfnisse der versicherten Person für einen Zeitraum von 3 Jahren für Erwachsene und 5 Jahre für Kinder, gerechnet vom Unfalltag an, ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei der Rehabilitation und den notwendigen Veränderungen im beruflichen und privaten Bereich erbracht.

(b) Der Reha-Manager hilft Ihnen nach einem Unfall (auf Basis der individuellen Bedürfnisse des Patienten oder Versicherten bei ihrer Rehabilitation und notwendigen Veränderungen) im beruflichen und privaten Bereich. In Kooperation mit Betroffenen, Angehörigen, Leistungserbringern und Kostenträgern werden Maßnahmen geplant und umgesetzt. Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Reha-Manager kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert. Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern. Er berät auch bei Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen auf Basis der Leistungen aus der Unfallversicherung und Leistungen anderer Stellen (z. B. Sozialversicherungsträger und Behörden). Die Entscheidung über die Verwendung der Leistungen trifft aber ausschließlich der Versicherte. Rechtsberatung oder -vertretung wird in keinem Falle geleistet.

(c) Im Schadenfall ermitteln wir Ihren konkreten unfallbedingten Bedarf für die einzelnen Hilfeleistungen, unterstützen Sie durch Informationen und weisen einen oder mehrere entsprechende Leistungserbringer nach, deren Einschaltung wir, soweit nachstehend vereinbart, für Sie organisieren. Hierfür entstehen Ihnen keine Kosten. Die Auswahl, Beauftragung und Bezahlung der Leistungserbringer obliegt ausschließlich der versicherten Person. Alle Kosten für die Dienstleistung werden ausschließlich von der versicherten Person getragen.

Leistungsumfang

Die Aufgaben des Reha-Managers umfassen folgende Unterstützungsleistungen:

(1) Informationsdienstleistungen

Im Falle eines Unfalls unterstützen wir Sie mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Angaben zur Erreichbarkeit von

- Rehabilitationsberatern,
- Behindertentransport-Möglichkeiten,
- Selbsthilfegruppen,
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnung und KFZ,
- Verbänden und Institutionen,
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen),
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim, oder von/an den eigenen Wohnsitz,
- praktischen Ärzten in Wohnortnähe,
- Fachärzten,
- Gartenhelfern,
- Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern,
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause).

(2) Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen medizinischen/pflegerischen Bedarfs,
- Hilfe bei der Organisation eines stationären Aufenthaltes,
- Hilfe bei der Organisation einer Reha-Maßnahme,
- Benennung einer psychologischen Betreuung,
- Organisation des Transportes zu stationärer Behandlung oder ambulanten Rehabilitation,

- Bei Bedarf Organisation der Einholung ärztlicher Zweitmeinung durch Benennung eines Arztes/Gutachters,
- Unterstützung bei der Organisation von Heil- und Hilfsmitteln,
- Organisation eines Begleitservice zu Ärzten und Behörden,
- Organisation einer Pflegekraft für die Pflege im eigenen Heim.

(3) Berufliche Rehabilitation

(a) Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zumindest zu 50% außerstande ist, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

(b) Unter bisheriger Lebensstellung ist die finanzielle und soziale Sicht (z. B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

(c) Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

(d) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

Leistungsumfang

Unterstützung durch Informationen und Vermittlung des Kontaktes zu Personal- und Berufsberatern bei

- der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann,
- der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten,
- Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern sowie Schulen nach Analyse vom Personalberater,
- der geeigneten Arbeitsplatzsuche.

(4) Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- Spezialisierten Kindergärten,
- Spezialisierten Schulen,
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten,
- Organisation von Elternbegleitung,
- Nachhilfe zu Hause,
- Tagesmüttern,
- Kinderkrankenschwestern.

(5) Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- Rehabilitationsberatern,
- Verbänden,
- Institutionen,
- Sozialen Einrichtungen und andere Hilfen (Beispiele siehe Ziff. 2.14.E.1),
- Behörden,
- Therapieberatern und Therapiezentren,
- Psychologen, psychologischen Zentren,

- Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten,
- Transportunternehmen und Organisation von Transporten nach Bedarf und Anforderung (max. 3 Angebote je Anfrage),
- Umbau der Wohnung/KFZ: Organisation der Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten,
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Unternehmen wie z. B. Architekten, Baufirmen, Werkstätten, Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes,
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen durch allgemeine Informationen oder den Nachweis von Beratern.

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

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 Krankheiten oder Gebrechen.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads,
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als der im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Prozentsatz, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

- dauernd pflegebedürftige Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen (mindestens Pflegegrad 3 nach § 15 Sozialgesetzbuch XI)

oder

- geistig oder psychisch Erkrankte, deren Gesundheitsstörung so hochgradig ist, dass sie einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziff. 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Der für die in Ziff. 4.1 genannten Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- Alkoholkonsum,

- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziff. 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht werden, gelten als versichert.

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme durch GHB (Gammahydroxybuttersäure) (K.O.-Tropfen), gelten als versichert.

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Alkoholkonsum verursacht sind, gelten als versichert, wenn der Blutalkoholgehalt

- beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen unter 1,1 Promille,
- bei der Benutzung eines Fahrrades unter 1,6 Promille,
- in allen sonstigen Fällen unter 2,0 Promille liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt chronisch alkoholkrank gewesen ist.

Versicherungsschutz besteht zudem für Unfälle im Zustand der Übermüdung oder durch Einschlafen nach Übermüdung. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht, sofern der Zustand der Übermüdung oder durch Einschlafen nach Übermüdung

- durch Alkoholeinfluss oder
- die Einnahme von Schlafmitteln oder
- durch krankhafte Störungen

ausgelöst wurde.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

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

Ausnahme:

Mitversichert sind Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat, oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

Ausnahme:

Unfälle als Führer von unbemannten Flugmodellen bis zu einem Gewicht von 5 kg. Für diese gilt der Ausschluss nicht.

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Das Kitesurfen wird ausdrücklich nicht als das Führen von Luftfahrzeugen bzw. Luftsportgeräten angesehen.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Kommt es bei Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen nur zum Teil auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit an, so beschränkt sich der Ausschluss nur auf diese Teile (z. B. Sonderprüfung bei Rallyes).

Versichert sind jedoch Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten als versichert, das gilt jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziff. 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen:

- Berufskrankheiten durch regelmäßiges Hantieren mit Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten
- Gesundheitsschäden durch Kernenergie

Versichert gelten damit alle sonstigen Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 Infektionen

Ausnahme:

5.2.4.1 Versicherungsschutz bei Infektionen

5.2.4.1.1 Abweichend von Ziff. 1.3 und Ziff. 5.2.4 gilt als Unfall auch

- Tollwut und Wundstarrkrampf,
- die erstmalige Infektion mit einem Erreger der Infektionskrankheiten Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, epidemische Kinderlähmung/Poliomyelitis, Fleckfieber, Frühsommermeningitis/Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhus-

ten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit/Tsetse-Krankheit, Tularämie/Hasenpest, Typhus/Paratyphus oder Windpocken/Gürtelrose,

- eine Gesundheitsschädigung durch eine Schutzimpfung gegen die in Ziff. 5.2.4.1.1 aufgeführten Krankheiten,
- die erstmalige Infektion mit einem Erreger der in Ziff. 5.2.4.1.1 aufgeführten Krankheiten trotz vorheriger Schutzimpfung,
- eine allergische Körperreaktion, die durch Insektenstiche oder -bisse, sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den Körper eingetragene Giftstoffe (Toxine) verursacht wird.

5.2.4.1.2 In Ergänzung der Ziff. 5.2.4 gelten als Unfälle auch alle Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitsreger

- durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen in den Körper gelangt sind, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wird.

Bitte beachten Sie in einem Schadenfall die Obliegenheiten gemäß Ziff. 7.

- durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe in den Körper gelangt sind, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziff 5.2.3).
- durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund, Ohr oder Nase in den Körper gelangt sind. Tröpfchen- und Schmierinfektionen erfüllen den Tatbestand des Eindringens nicht.

5.2.4.1.3 Infektionen infolge von Insektenstichen und Insekten-/Tierbissen sind mitversichert. Die Abgrenzung gemäß Ziff. 5.2.4 findet insoweit keine Anwendung. Ausgeschlossen bleiben jedoch berufsbedingte Gesundheitsschädigungen durch Insektenstiche oder -bisse.

Ausgeschlossen in Bezug auf Ziff. 5.2.4 bleiben

- die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten),
- Infektionskrankheiten, die die versicherte Person im Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (Pandemie) erleidet. Ein Zusammenhang mit einer Pandemie besteht dann, wenn die zuständige Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Infektionskrankheit gemäß Art. 12 der internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) festgestellt hat und diese Krankheit ab dem Tag der WHO-Feststellung bei der versicherten Person ärztlich diagnostiziert wurde.

5.2.4.1.4 Als Folge eines Unfallereignisses nach Ziff 1.3 sind auch Blutvergiftungen und Wundinfektionen versichert.

5.2.4.2 Beginn des Versicherungsschutzes

5.2.4.2.1 Der Versicherungsschutz beginnt – abweichend von Ziff. 10 – nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt mit Ausstellung des Versicherungsscheins bzw. des Nachtrags. Erstmalige Infektionen bzw. Gesundheitsschädigungen, die sich vor Ablauf der Wartezeit manifestieren, sind nicht versichert.

5.2.4.2.2 Die Wartezeit entfällt für während der Vertragsdauer geborene Kinder.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre)

Ausnahme:

Versichert sind

- die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen unabhängig vom Alter der versicherten Person.
- Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Ausnahme:

- sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit, der Beschäftigung oder bei Vollendung des 55. Lebensjahres beachten?

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und des Beitrages ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Durch eine Änderung der Berufstätigkeit können sich neue risikorelevante Umstände ergeben, die individuell geprüft werden müssen und zu einer Anpassung des Vertragsinhalts führen können.

Hinweis: Insbesondere der Wechsel zwischen einer körperlich/handwerklichen Tätigkeit und einer kaufmännisch/verwaltenden Tätigkeit löst eine Überprüfung der Risikoverhältnisse aus.

6.1.1 Mitteilung der Änderung

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

6.1.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats 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.

6.2 Was müssen Sie bei Vollendung des 55. Lebensjahres beachten?

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, führen wir den Vertrag unter den nachfolgend geregelten Abweichungen fort. Im Übrigen bleiben die vertraglich vereinbarten Leistungen unverändert.

(1) Jährliche Erhöhung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich jährlich um 3 Prozent, ohne dass sich die Versicherungssummen ändern. Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 79. Lebensjahr vollendet, endet diese jährliche Erhöhung. Ausgenommen von der jährlichen Erhöhung ist die Unfall Assistance (sofern vereinbart).

(2) Entfall der Dynamik (sofern vereinbart)

Wenn Ihrem Vertrag eine Dynamik zugrunde liegt, entfällt diese (siehe Ziff. 23 Dynamik).

(3) Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit

Die Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit nach Ziffer 6.1 bleiben bestehen.

(4) Wirksamwerden der Änderungen

Die Änderungen nach den Absätzen 1 bis 3 gelten ab folgendem Zeitpunkt:

Zur Hauptfälligkeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres, frühestens jedoch einen Monat nach Mitteilung der Änderungen.

(5) Informationen über die Änderungen / Kündigungsrecht

Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragsänderung zugehen.

Im Falle einer Beitragserhöhung können Sie den Versicherungsvertrag in Textform innerhalb eines Monats nach unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt zu dem die Erhöhung wirksam werden soll, kündigen. Andernfalls wird der Vertrag zu dem geänderten Beitrag fortgeführt.

Der Leistungsfall

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

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

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

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

Melden Sie uns den Schaden nicht, weil zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und holen dann die Meldung unverzüglich nach, liegt keine Obliegenheitsverletzung vor.

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

7.3 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 Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4 Geht der Versicherte nach einem Unfall seinem Beruf aus Pflichtgefühl weiter nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

7.5 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. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.6 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies mindestens innerhalb von sieben Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Diese Frist beginnt erst, wenn Sie, die Erben der versicherten Person oder bezugsberechtigte Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und von einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall haben.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

8 Welche Rechtsfolgen entstehen Ihnen bei Verletzung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziff. 7 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 nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wie ist die Auszahlung der Versicherungsleistungen geregelt?

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:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. 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 es für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Obliegenheiten nach Ziff. 7.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 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.

9.3 Vorschüsse

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

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziff. 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 1 % jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziff. 15.1 zahlen.

11 Wie sind Dauer und Ende des Vertrages geregelt?

11.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen angegebene Zeit abgeschlossen.

11.2 Stillschweigende Verlängerung

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

11.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform zugegangen sein.

12 Welche Kündigungsmöglichkeit haben Sie oder wir nach einem Versicherungsfall?

12.1 Kündigungsmöglichkeit

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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

12.2 Kündigung durch Sie

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

12.3 Kündigung durch uns

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

Der Versicherungsbeitrag

13 Wie ist die Versicherungsperiode bei der Beitragszahlung definiert?

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag im Voraus gezahlt. Entsprechend der Vereinbarung über laufende Zahlungen umfasst die Versicherungsperiode einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Bei einem Einmalbeitrag ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr.

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

14 Wann ist der erste oder einmalige Beitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?

14.1 Fälligkeit

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

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

14.2 Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig.

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

14.3 Rücktritt

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

15 Wann ist der Folgebeitrag zu zahlen und welche Folgen hat die verspätete Zahlung?

15.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein, dessen Nachträgen oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

15.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

15.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 15.2 darauf hingewiesen wurden.

15.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 15.2 darauf hingewiesen haben.

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

16 Was ist zu beachten, wenn Sie ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben?

16.1 Ihre Pflichten als Beitragszahler

Ist zur Einziehung des Beitrages das SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart worden, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn Sie zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags für eine ausreichende Deckung des Kontos sorgen, der Beitrag entsprechend eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

16.2 Änderung des Zahlungswegs

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, die Lastschriftvereinbarung für den fälligen Beitrag und zukünftige Beiträge in Textform zu kündigen und künftig Zahlungen außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Sie sind zur Übermittlung des ausstehenden Beitrags und künftiger Beiträge erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

16.3 Monatliche Beiträge

Monatliche Beiträge müssen im SEPA-Lastschriftverfahren gezahlt werden.

17 Welcher Beitragsanspruch besteht bei vorzeitiger Vertragsbeendigung?

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Weitere Bestimmungen

18 Wer hat Rechte und Pflichten aus dem Vertrag?

18.1 Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

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

19 Was müssen Sie bei Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriften- und Namensänderungen beachten?

19.1 Form

Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind für uns bestimmte Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber uns erfolgen, in Textform abzugeben.

Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.

Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Anzeigen und Erklärungen bleiben unberührt.

19.2 Nichtanzeige einer Anschriften- bzw. Namensänderung

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

19.3 Nichtanzeige der Verlegung einer gewerblichen Niederlassung

Haben Sie die Versicherung unter der Anschrift Ihres Gewerbebetriebes abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach Ziff. 19.2 entsprechend Anwendung.

19.4 Verlegung des Erstwohnsitzes ins Ausland

Verlegen Sie Ihren Erstwohnsitz ins Ausland (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland), erlischt der Versicherungsschutz für Sie und die versicherte Person zum Datum der Abmeldung und es erfolgt die Aufhebung des Vertrages.

Die Abmeldebescheinigung ist uns unverzüglich zu übersenden.

20 Was müssen Sie bei Korrektur des Geburtsdatums der versicherten Person beachten?

20.1 Die Höhe des Beitrages hängt unter anderem von dem Geburtsdatum der versicherten Person ab. Grundlage für die

Bemessung der Beiträge sind unsere geltenden Tarifbestimmungen.

Die Korrektur des Geburtsdatums müssen Sie uns unverzüglich in Textform mitteilen.

20.2 Bei einer Erhöhung des Beitrages aufgrund veränderter Beitragsätze können Sie den Vertrag kündigen.

Die Kündigung hat spätestens einen Monat nach Zugang der Mitteilung über die Erhöhung zu erfolgen. Sie wird einen Monat nach Zugang wirksam. Die Kündigung hat in Textform zu erfolgen.

20.3 Wir können bei einer Kündigung durch Sie den Beitrag nur in der bisherigen Höhe zeitanteilig bis zur Wirksamkeit der Kündigung beanspruchen.

21 Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten haben Sie?

21.1 Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeigepflicht von Gefahrumständen

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

Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

21.2 Rücktritt

21.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

21.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

21.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

21.3 Vertragsanpassung oder Kündigungsrecht

21.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober

Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen.

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

21.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

21.4 Voraussetzungen für die Durchsetzung der Rechte nach Ziff. 21.2 und 21.3

Wir müssen die uns nach Ziff. 21.2 und 21.3 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Wir haben die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen; wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Uns stehen die Rechte nach den Ziff. 21.2 und 21.3 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir können uns auf die in den Ziff. 21.2 und 21.3 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Vertragsanpassung oder zur Kündigung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

21.5 Anfechtung

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

22 Welche besonderen Regelungen gelten für nach dem Kindertarif versicherte Kinder?

22.1 Umstellung auf den Erwachsenenarif

Für Kinder, die bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres versichert werden, richtet sich der zu zahlende Beitrag nach dem Kindertarif. Die Anwendung des Kindertarifes endet grundsätzlich zu der Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt.

In der Folgezeit soll der Versicherungsschutz den veränderten Lebensumständen angepasst und der Beitrag entrichtet werden, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenenarif ergibt.

Die vereinbarten Versicherungssummen werden als Vorsorge-schutz unverändert weiter fortgeführt.

Kommt eine Neuordnung des Vertrages nicht bis zu der Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung des 19. Lebensjahres folgt, zustande, erfolgt die Beitragsberechnung anhand des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenenarif, die Versicherungssummen bleiben unverändert bestehen.

Über die Vertragsänderung erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

22.2 Fortführung des Versicherungsvertrages

Wenn Sie vor Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, sterben, gilt unter der

Voraussetzung, dass Sie bei Antragstellung das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, die Versicherung nicht gekündigt war und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, Folgendes:

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

22.2.2 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Mit Ablauf dieses Jahres endet die Versicherung.

23 Wann und wie werden die vereinbarten Leistungen erhöht?

23.1 Jährliche Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik)

Falls dies im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegt ist, werden die Versicherungssummen der nachfolgend aufgeführten Leistungsarten jährlich - bis zu den jeweiligen tariflichen Höchstversicherungssummen - um den dort genannten Prozentsatz erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für Tagegeld, Krankenhausstagegeld und Genesungsgeld auf volle 1 EUR, für die verbesserte Übergangsleistung auf volle 50 EUR und für die Unfall-Rente auf volle 5 EUR aufgerundet.

Der neue Beitrag errechnet sich aus den erhöhten Versicherungssummen.

23.2 Erstmöglicher Erhöhungstermin

Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres, im Falle der Vereinbarung einer Ergänzungs-Deckung nach Ziff. 35 jedoch frühestens zum Beginn des auf den Ablauf der Ergänzungs-Deckung folgenden Versicherungsjahres.

23.3 Unterrichtung über die erhöhten Versicherungssummen

Spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages werden Sie über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie einen Nachtrag.

23.4 Ihr Recht auf Widerruf

Sie können die Vereinbarung über die Erhöhungen jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres in Textform widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziff. 23.3.

23.5 Form des Widerrufs und Wiederaufnahme der jährlichen Erhöhungen

Sie sind auf den Fristablauf hinzuweisen. Ihr Widerruf ist in Textform an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Ihren Wunsch hin wird die Versicherung mit jährlicher Erhöhung der Versicherungssummen (Dynamik) wieder fortgeführt.

23.6 Unser Recht auf Widerruf

Wir können für die Zukunft die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik) mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform widerrufen.

23.7 Beendigung der jährlichen Erhöhungen bei Beitragsfreistellung

Wird der Vertrag nach Ziff. 22.2 beitragsfrei gestellt, treten die Regelungen gemäß Ziff. 23.1 bis 5 bei Ihrem Tod außer Kraft.

23.8 Beendigung der jährlichen Erhöhung von Versicherungssummen (Dynamik)

Die in 23.1 aufgeführten Leistungsarten werden für eine versicherte Person zur nächsten Hauptfälligkeit nicht mehr erhöht, wenn

- sie das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
- die tariflichen Höchstversicherungssummen bei den Leistungsarten Invalidität oder Unfall-Rente erreicht wurden.

24 Welche Verjährungsfristen sind zu beachten?

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

24.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

25 Welches Recht ist anzuwenden?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Die Vertragssprache ist deutsch.

26 Welches Gericht ist für Klagen zuständig?

26.1 Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Vertragsschluss aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns nach unserem Sitz oder nach unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können Sie Ihre Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

26.2 Klagen gegen Sie

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Vertragsschluss aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können wir unsere Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

26.3 Unbekannter Wohnsitz

Sind Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder nach unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

27 Wie werden Leistungsverbesserungen wirksam?

Sofern wir zukünftig Verbesserungen der Versicherungsleistungen anbieten, können diese auch Bestandteil des bestehenden Vertrages werden.

Wenn wir dies anwenden, werden wir Sie über die Verbesserungen der Versicherungsleistungen informieren sowie Ihnen den alten und neuen Beitrag mitteilen, der aufgrund der verbesserten Versicherungsleistungen ab der nächsten Hauptfälligkeit zu zahlen ist.

Die Verbesserungen werden dann zur nächsten Hauptfälligkeit Vertragsbestandteil, wenn Sie den von uns vorgeschlagenen Verbesserungen der Versicherungsleistungen nicht innerhalb von sechs Wochen ab Zugang der Mitteilung in Textform widersprechen.

Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden. Im Falle des Widerspruchs wird der Vertrag im bisherigen Umfang weitergeführt.

28 Wann kann es zu einer Bedingungsanpassung kommen?

28.1 Bedingungsanpassung aufgrund neuer verbesserter Bedingungen

Sofern wir zukünftig ein verbessertes Bedingungsnetz anbieten, kann dieses auch Bestandteil des bestehenden Vertrages werden.

Wenn wir dies anwenden, werden wir Sie über die neuen Leistungen bzw. Erweiterungen des Bedingungsnetzes informieren sowie Ihnen den alten und neuen Beitrag mitteilen, der aufgrund der neuen Leistungen bzw. Erweiterungen des Bedingungsnetzes ab der nächsten Hauptfälligkeit zu zahlen ist.

Das verbesserte Bedingungsnetz wird dann zur nächsten Hauptfälligkeit Vertragsbestandteil, wenn Sie der von uns vorgeschlagenen Bedingungsanpassung nicht innerhalb von sechs Wochen ab Zugang der Mitteilung in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden.

Im Falle des Widerspruchs wird der Vertrag im bisherigen Umfang weitergeführt.

28.2 Bedingungsanpassung aufgrund höchstrichterlicher Entscheidung oder bestandskräftigem Verwaltungsakt

Bei Vorliegen nachfolgender Voraussetzungen können wir eine Regelung Ihrer Versicherungsbedingungen anpassen.

28.2.1 Feststellen der Unwirksamkeit einer Regelung

Wird durch

- eine höchstrichterliche Rechtsprechung,
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt oder
- die Änderung oder das Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften

eine Regelung der Versicherungsbedingungen für unwirksam erklärt bzw. einzelne Regelungen für nicht mehr als mit geltendem Recht als vereinbar angesehen, sind wir berechtigt, diese Regelung zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen.

Bei der gerichtlichen oder behördlichen Entscheidung kommt es nicht darauf an, ob sich diese gegen uns oder ein anderes Unternehmen richtet, sofern die für unwirksam erklärte Regelung im Wesentlichen inhaltsgleich ist.

Eine Anpassung ist nur zulässig, wenn die in den folgenden Absätzen beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

28.2.2 Regelungen, die angepasst werden können

Wir können nur Regelungen anpassen, die eines der folgenden Themen betreffen:

- Leistungsvoraussetzungen,
- Leistungsumfang,
- Leistungsausschlüsse oder -einschränkungen,
- Obliegenheiten, die Sie nach Vertragsschluss beachten müssen,
- die Anpassung Ihres Beitrages,
- die Vertragsdauer und
- die Kündigung Ihres Vertrages.

28.2.3 Anpassungsvoraussetzung

Eine Anpassung nach Ziff. 28.2 ist nur möglich, wenn

- die gesetzlichen Vorschriften keine konkreten Bestimmungen enthalten, mit der die durch die Unwirksamkeit entstandene Vertragslücke geschlossen werden kann und
- der ersatzlose Wegfall der Regelung keine angemessene Lösung darstellt, die den typischen Interessen der Vertragspartner gerecht würde.

28.2.4 Anpassung durch Inhalt der Neuregelung

Bei der Anpassung werden die Grundsätze der ergänzenden Vertragsauslegung angewendet. Das bedeutet, dass die unwirksame Regelung durch eine Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessene und ihren typischen Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn ihnen die Unwirksamkeit der Regelung zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.

28.2.5 Durchführung der Anpassung

Die angepasste Regelung werden wir Ihnen in Textform bekannt geben und erläutern. Widersprechen Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Mitteilung, gilt die Anpassung als genehmigt. Ihr Widerspruch muss in Textform erfolgen.

Hierauf werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden. Bei einem fristgerechten Widerspruch wird die Regelungsanpassung nicht Vertragsbestandteil.

28.2.6 Unser Kündigungsrecht im Falle nach Ihrem Widerspruch

Widersprechen Sie nach Ziff. 28.2.5 einer Anpassung, können wir den Vertrag kündigen, wenn uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung nicht zumutbar ist.

Unsere Kündigung müssen wir innerhalb von sechs Wochen nach Zugang Ihres Widerspruchs schriftlich erklären, und zwar mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Monats.

28.3 Klauselanpassung

Die Regelungen nach Ziff. 28.1 und 28.2 finden zu vereinbarten Klauseln entsprechend Anwendung.

29 Was leisten wir bei Arbeitslosigkeit?

29.1 Werden Sie, als Versicherungsnehmer, im Sinne des Arbeitsförderungsrechts unverschuldet arbeitslos, übernehmen wir für Sie die Beitragszahlung für max. sechs Monate für diese Privatschutz-Versicherung bei unverändertem Versicherungsschutz.

Nehmen Sie diese Leistung in Anspruch, so gilt dies als ein Versicherungsfall.

29.2 Voraussetzungen für die Leistung:

- Ihr Wohnsitz und dauernder Aufenthalt ist in der Bundesrepublik Deutschland
- Ihre Arbeitslosigkeit ist frühestens sechs Monate nach Beginn dieser Versicherung eingetreten
- die Arbeitslosigkeit besteht seit mindestens sechs Wochen
- die Versicherung wurde noch nicht gekündigt
- Sie als Arbeitnehmer standen vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden
- Sie haben das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet.

29.3 Ein Anspruch besteht nicht, wenn:

- bei Versicherungsbeginn bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war
- Sie als Freiwilliger den Wehrdienst, den Bundesfreiwilligendienst (BFD) oder den internationalen Jugendfreiwilligendienst (IJFD) oder nationalen Jugendfreiwilligendienst (Freiwilliges Soziales Jahr FSJ oder Freiwilliges Ökologisches Jahr FÖJ) ableisten, als Auszubildender, Selbstständiger, Freiberufler, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnebetriebes oder Angestellter, die bei Ihrem Ehe-/ Lebenspartner, Kind, ihren Eltern oder Geschwistern und deren Ehe-/ Lebenspartner beschäftigt waren.

Ein Anspruch auf Beitragsübernahme bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht wieder, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die Voraussetzungen gemäß Ziff. 29.2 erneut erfüllt sind.

29.4 Das Vorliegen der unter Ziff. 29.1 und 29.2 genannten Voraussetzungen müssen Sie durch entsprechende Bescheinigungen des für Sie zuständigen Arbeitsamtes und des Arbeitgebers nachweisen.

29.5 Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Sie vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit die Voraussetzungen gemäß Ziff. 29.2 erfüllt haben.

29.6 Der Anspruch auf Übernahme der Beitragszahlung ist unverzüglich nach Eintritt der Arbeitslosigkeit in Textform von Ihnen geltend zu machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen

beginnt die Beitragszahlung mit dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang der Anzeige der Arbeitslosigkeit bei uns. Den Beginn der Beitragszahlung werden wir Ihnen schriftlich bestätigen. Bis dahin sind die Versicherungsbeiträge bedingungsgemäß von Ihnen zu entrichten; überzahlte Beiträge werden mit zu diesem Zeitpunkt offenen Forderungen verrechnet.

29.7 Über das Ende Ihrer Arbeitslosigkeit müssen Sie uns unverzüglich in Textform informieren. Sie sind verpflichtet, uns jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Die Beitragszahlung tritt mit Ende des Kalendermonats, in dem wir Nachweise angefordert haben, außer Kraft, wenn uns in einem solchen Fall die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird.

30 Welche Leistungsgarantie wird Ihnen zugesichert?

Wir garantieren, dass die dieser Versicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2014 (Stand: 25.03.2014) abweichen.

31 Wie sind Sparten und Versicherungen definiert?

Als Sparte gilt:

Sparte	PrivatSchutz-Versicherung
Unfall	Unfallversicherung Existenzversicherung
Haftpflicht	Privat-Haftpflichtversicherung Tierhalter-Haftpflichtversicherung Sport-Boot-Haftpflichtversicherung Haus- und Grundbesitzer-Haftpflichtversicherung Gewässerschaden-Haftpflichtversicherung
Hausrat	Hausratversicherung
Wohngebäude	Wohngebäudeversicherung
Rechtsschutz	Privat- und Berufs-Rechtsschutzversicherung Verkehrs-Rechtsschutzversicherung Immobilien-Rechtsschutzversicherung

32 Was ist die Ergänzungs-Deckung (EGD), sofern vereinbart und was leistet sie?

Sie sind noch bei einem anderen Anbieter versichert. Der Versicherungsschutz aus dem anderweitigen Vertrag für die gleiche versicherte Person wird um die EGD ergänzt.

32.1 Vertragsgrundlagen

Als Vertragsgrundlage gelten die vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die PrivatSchutz Unfallversicherung (AUB) Fassung 01.2017 und die dazugehörigen Klauseln (AU KL Komfort - 2017 oder AU KL Top - 2017).

32.2 Leistungsumfang der EGD

32.2.1 Die EGD leistet bis zur Höhe des im vorliegenden Vertrag vereinbarten Ergänzungs-Versicherungsschutzes (zum Beispiel Versicherungssummen, Deckungserweiterungen, Höchstgrenzen).

Für versicherte Kosten wie z. B. Bergungskosten besteht in der EGD Versicherungsschutz nur subsidiär zu anderweitigem Versicherungsschutz.

Anderweitige Leistungspflichten gehen vor, wenn für das selbe Risiko noch bei einem anderen Versicherer Versicherungsschutz besteht.

32.2.2 Maßgeblich für den vertraglich vereinbarten Leistungserersatz von Kosten aus dem anderweitig bestehenden Vertrag ist der Umfang des Versicherungsschutzes des anderen Vertrages,

der zum Zeitpunkt der Antragstellung der EGD bestanden hat. Nachträglich vorgenommene Änderungen an der anderweitigen Versicherung bewirken keine Erweiterung der EGD.

32.2.3 Ergänzend zu den Bestimmungen unserer Bedingungen werden Leistungen aus der EGD nicht erbracht, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung der EGD eine anderweitige gleichartige Versicherung nicht bestanden hat.

32.2.4 Ist der anderweitige Versicherer infolge

- Nichtzahlung der Beiträge,
- Obliegenheitsverletzung,
- arglistiger Täuschung,
- eines Vergleiches

von seiner Leistungspflicht ganz oder teilweise befreit, so wird dadurch keine Erweiterung des Leistungsumfanges unserer EGD bewirkt. Leistungen aus der EGD werden dann nur insoweit erbracht, wie sie entstanden wären, wenn keiner der vorgenannten Gründe für den Wegfall oder die Reduzierung der Leistung vorgelegen hätte.

Gleiches gilt, wenn aufgrund fehlender Nachweise über die Schadenhöhe durch den anderweitigen Versicherer lediglich eine pauschale Entschädigung erbracht wird.

32.3 Ihr Verhalten bei einem Unfall

32.3.1 Sie haben einen Unfall sowohl dem anderweitigen Unfall-Versicherer als auch uns unverzüglich anzuzeigen.

32.3.2 Leistet der anderweitige Unfall-Versicherer für angefallene versicherte Kosten nicht oder nicht im vollen Umfang, so sind uns das entsprechende Schreiben des anderweitigen Unfall-Versicherers sowie die Unterlagen zur Feststellung der Entschädigungspflicht bzw. Leistungshöhe einzureichen.

32.3.3 Die Obliegenheiten gemäß Ziff. 7, die von Ihnen im Versicherungsfall zu beachten sind, bleiben unberührt.

32.4 Umstellung der EGD auf den vollen Versicherungsschutz

32.4.1 Der vorliegende Versicherungsvertrag wird zu dem im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen genannten Ablauftermin der anderweitigen Versicherung, spätestens jedoch 3 Jahre nach Beginn unserer EGD, für die versicherte Person durch den Wegfall der Bestimmungen über die EGD auf den vollen Versicherungsschutz umgestellt. Endet die anderweitig bestehende Versicherung vor dem genannten Ablauftermin, dann erfolgt die Umstellung auf den vollen Versicherungsschutz zu diesem Termin.

Die vorzeitige Beendigung der anderweitig bestehenden Versicherung ist uns unverzüglich mitzuteilen. Wird die Beendigung schuldhaft nicht oder nicht rechtzeitig angezeigt und ereignet sich ein Unfall vor Zugang der Anzeige, so besteht der Versicherungsschutz weiterhin nur im Umfang der bisherigen EGD gemäß Ziff. 32.2.

32.4.2 Vom Zeitpunkt der Umstellung an ist der für die Vollschutzdeckung jeweils vereinbarte Versicherungsbeitrag zu zahlen. Dies gilt auch, sofern die Umstellung aufgrund Ziff.32.4.1 Satz 1 erfolgt und die Fremdversicherungsverträge von Ihnen nicht gekündigt worden sind.

33 Was ist das Innovationsversprechen?

Werden die Versicherungsbedingungen, Deckungskonzepte und Versicherungsleistungen der Zurich zum Vorteil des Versicherungsnehmers weiter- oder neuentwickelt, so kann der Versicherungsnehmer die Schadenregulierung nach den neuen Bedingungen der Zurich verlangen.

Dies gilt nicht bei Versicherungsbedingungen mit separatem Beitragszuschlag oder soweit dem Versicherungsnehmer eine Umstellung gegen Beitragszuschlag angeboten wurde und diese von ihm abgelehnt wurde.

Die Entschädigungsleistung ist in jedem Fall auf die für diese laufende Versicherung vereinbarten Gesamtversicherungssummen und Kosten begrenzt.