Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011 - Fassung 01.01.2013)

Inhaltsübersicht:

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein und welche Fristen müssen dabei beachtet werden?
Leistungsarten bei Unfall:
2.1 Invaliditätsabsicherung
2.2 Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte
2.3 Unfall-Tagegeld
2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld
2.5 Genesungsgeld
2.6 Unfalltod (Todesfallleistung)
2.7 Schulausfallgeld
2.8 Bergungs- und Rettungskosten
2.9 Ambulante Hilfeleistungen
2.10 Familienhilfe Plus für Kinder (Kinder-Tarif)
2.11 Familienhilfe Plus für Erwachsene
2.12 Sport*Aktiv*
2.13 Reha-Management
2.14 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
2.15 Kurkostenbeihilfe
2.16 Einmalzahlung bei dauernder Schwerstpflegebedürftigkeit
2.17 Heilkosten
Leistungsarten bei Unfall oder Krankheit:
2.18 Soforthilfe bei Krebserkrankung
2.19 Krankenhaustagegeld
2.20 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten sowie für plastische Brustoperationen infolge Brustkrebs (Modell 3)
2.21 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung
2.22 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung (Modell 2)
2.23 Einmalzahlung bei den schweren Erkrankungen Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Eierstockkrebs (Modell 3)
2.24 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch
Vorsorge-Unfallversicherung:
2.25 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene oder Adoptivkinder und Partner
3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6 Was müssen Sie
- bei vereinbartem Kinder-Tarif
- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- bei Vollendung des 67. und des 80. Lebensjahres
beachten?

Der Leistungsfall

7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
9 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
15 Welches Gericht ist zuständig?
16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
17 Welches Recht findet Anwendung?
18 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1
Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2
Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

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 Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung:

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule oder durch Eigenbewegung

- ein Gelenk verrenkt wird,
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,
- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche eintreten.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

1.4.2 Gesundheitsschädigungen bei Rettungsmaßnahmen:

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

1.4.3 Gewalttätige Auseinandersetzungen:

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen durch gewalttätige Auseinandersetzungen (z.B. innere Unruhen), wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.4.4 Tauchunfälle:

Versicherungsschutz besteht auch bei tauchtypischen Gesundheitsschäden der versicherten Person als Sport-/ Hobbytaucher, unabhängig davon, ob die Gesundheitsschäden auf einem plötzlich von außen auf den Körper wirkenden Ereignis beruhen.

Bei einer Dekompressionskrankheit (Caisson-Krankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag erstattet. Die Kostenerstattung ist in jedem Fall im Rahmen der Bergungs- und Rettungskosten auf deren Versicherungssumme begrenzt.

1.4.5 Unfälle im Wasser:

Versicherungsschutz besteht auch bei Ertrinken und Ersticken der versicherten Person im Wasser.

1.4.6 Erfrieren:

Versicherungsschutz besteht auch bei Erfrierungen.

1.4.7 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug:

Versicherungsschutz besteht auch bei unfreiwilligem Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

1.4.8 Sonnenbrand oder Sonnenstich:

Versicherungsschutz besteht auch bei Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

1.4.9 Vergiftungen durch Gase und Dämpfe:

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind mitversichert, wenn die versicherte Person unfreiwillig den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe ausgesetzt war.

1.4.10 Gesundheitsschädigungen durch Impfungen:

Versicherungsschutz besteht auch für Gesundheitsschädigungen durch Impfungen, wenn der Impfschaden frühestens 1 Monat nach Beginn der Versicherung und spätestens 1 Monat nach der Beendigung der Versicherung eintritt.

1.5
Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Leistungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein und welche Fristen müssen dabei beachtet werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

Leistungsarten bei Unfall:

2.1 Invaliditätsabsicherung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1
Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann.

2.1.1.2
Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.1.1.3
Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Berechnung des Invaliditätsgrades:

2.1.2.1
Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.2.1.1
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Organe und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Milz	10 %
eine Niere	20 %
beide Nieren	100 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Gehör auf beiden Ohren	60 %
Stimme	40 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

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

2.1.2.1.2
Für andere Körperteile, Organe und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.1.3
Waren betroffene Körperteile, Organe oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.1.1 und Ziffer 2.1.2.1.2 zu bemessen.

2.1.2.1.4
Sind mehrere Körperteile, Organe oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.2
Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Leistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem auf Grund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.3 Invaliditätsleistung

2.1.3.1
Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.1.3.2 Progressive Invaliditätsstaffel (Modell 225):

Zur Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditäts-Grundsumme,
b) für den 25 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

2.1.3.3 Progressive Invaliditätsstaffel (Modell 300):

Zur Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditäts-Grundsumme,
b) für den 25 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %
26	28	45	85	64	156	83	232
27	31	46	88	65	160	84	236
28	34	47	91	66	164	85	240
29	37	48	94	67	168	86	244
30	40	49	97	68	172	87	248
31	43	50	100	69	176	88	252
32	46	51	104	70	180	89	256
33	49	52	108	71	184	90	260
34	52	53	112	72	188	91	264
35	55	54	116	73	192	92	268
36	58	55	120	74	196	93	272
37	61	56	124	75	200	94	276

38	64	57	128	76	204	95	280
39	67	58	132	77	208	96	284
40	70	59	136	78	212	97	288
41	73	60	140	79	216	98	292
42	76	61	144	80	220	99	296
43	79	62	148	81	224	100	300
44	82	63	152	82	228		

2.1.3.4 Progressive Invaliditätsstaffel (Modell 350):

Zur Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditäts-Grundsumme,
b) für den 25 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

2.1.3.5 Progressive Invaliditätsstaffel (Modell 500):

Zur Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditäts-Grundsumme,
b) für den 25 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %	Inv.-Grad %	Leistung %
26	30	45	125	64	248	83	381
27	35	46	130	65	255	84	388
28	40	47	135	66	262	85	395
29	45	48	140	67	269	86	402
30	50	49	145	68	276	87	409
31	55	50	150	69	283	88	416
32	60	51	157	70	290	89	423
33	65	52	164	71	297	90	430
34	70	53	171	72	304	91	437
35	75	54	178	73	311	92	444
36	80	55	185	74	318	93	451
37	85	56	192	75	325	94	458
38	90	57	199	76	332	95	465
39	95	58	206	77	339	96	472
40	100	59	213	78	346	97	479
41	105	60	220	79	353	98	486
42	110	61	227	80	360	99	493
43	115	62	234	81	367	100	500
44	120	63	241	82	374		

2.1.3.6 Progressive Invaliditätsstaffel (Modell 1000):

Zur Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditäts-Grundsumme,
b) für den 25 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

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

2.1.3.7 Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent:

Wir zahlen die dreifache Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Der Unfall führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent,
- der Unfall hat sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

Die über die einfache Invaliditätsleistung hinausgehende Invaliditätsleistung wird für jede versicherte Person auf

150.000 Euro beschränkt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen.

2.1.3.8 Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent:

Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Der Unfall führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent,
- der Unfall hat sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

Die über die einfache Invaliditätsleistung hinausgehende Invaliditätsleistung wird für jede versicherte Person auf 150.000 Euro beschränkt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen.

2.1.3.9 Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht nur dann, wenn ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent führt.

2.1.3.10 Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht nur dann, wenn ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent führt.

2.1.4 Unfall-Rente mit Rentengarantie bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent:

2.1.4.1 Voraussetzung für die Leistung:

Der Unfall hat zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

2.1.4.2 Höhe der Leistung:

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die monatliche Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Sofern vereinbart, verdoppelt sich bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent die festgelegte monatliche Unfall-Rente.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.1.4.3 Beginn und Dauer der Leistung:

2.1.4.3.1
Die Unfall-Rente zahlen wir

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

2.1.4.3.2
Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des dritten Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, aber vor Ablauf von 10 Jahren Rentenbezug, zahlen wir die Unfall-Rente so lange weiter, bis 10 Jahre Rentenbezug (vom Unfallmonat an gerechnet) erreicht sind.
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

2.1.5 Unfall-Rente 50PLUS® mit Rentengarantie

2.1.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Der Unfall hat zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

2.1.5.2 Höhe der Leistung:

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die monatliche Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent verdoppelt sich die monatliche Unfall-Rente, bei 100 Prozent Invaliditätsgrad zahlen wir die 3-fache monatliche Unfall-Rente.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.1.5.3 Beginn und Dauer der Leistung:

2.1.5.3.1
Die Unfall-Rente zahlen wir

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

2.1.5.3.2
Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des dritten Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, aber vor Ablauf von 10 Jahren Rentenbezug und vor dem vollendeten 85. Lebensjahr, zahlen wir die Unfall-Rente so lange weiter, bis 10 Jahre Rentenbezug (vom Unfallmonat an gerechnet) erreicht sind, längstens jedoch bis zum vollendeten 85. Lebensjahr.
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

2.1.5.4 Kapitalabfindungsoption:

2.1.5.4.1 Wahlrecht:

Anstelle der monatlichen Unfall-Rente kann eine einmalige Kapitalabfindung verlangt werden, wenn die versicherte Person am Unfalltag das 85. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Über die Kapitalabfindungsoption werden wir Sie informieren. Wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang dieser Information die Kapitalabfindung verlangen, zahlen wir die monatliche Unfall-Rente. Eine Kapitalabfindung ist dann nicht mehr möglich.

2.1.5.4.2 Höhe der Kapitalabfindung:

Die Höhe der Kapitalabfindung entspricht der Anzahl der vereinbarten monatlichen Unfall-Renten ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat bis zum

---

50 PLUS® ist eine eingetragene Marke der DIREKTE LEBEN Versicherung AG

vollendeten 85. Lebensjahr, höchstens jedoch 120 vereinbarte monatliche Unfall-Renten.

2.2 Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

a) bis zum Ablauf von 3 Monaten vom Unfalltag an gerechnet um 100 Prozent oder
b) bis zum Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 50 Prozent

beeinträchtigt.

Die Leistung ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend zu machen.

2.2.2 Sofortleistung für Schwerverletzte:

2.2.2.1
Die vereinbarte Übergangsleistung wird unabhängig von vorgenannten Voraussetzungen bereits dann gezahlt, wenn die versicherte Person durch einen Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erleidet:

a) Querschnittslähmung durch Schädigung des Rückenmarks
b) Amputation von mindestens einem ganzen Fuß oder einer ganzen Hand
c) Schädelhirnverletzung mit einer zweifelsfrei nachgewiesenen Hirnprellung (Kontusion) oder Hirnblutung
d) schwere Mehrfachverletzung
   entweder Frakturen von zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
   - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen
   - Fraktur des Beckens
   - Fraktur der Wirbelsäule
   - gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ
e) Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
f) Erblindung auf beiden Augen

und nicht innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall verstirbt.

2.2.2.2
Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres nach dem Unfall.

2.2.3 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung beträgt im Falle der Ziffer 2.2.1 a) die Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme. Im Falle der Ziffer 2.2.1 b) zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme oder, falls eine Leistung nach Ziffer 2.2.1 a) bereits erbracht wurde, die Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme.

2.3 Unfall-Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Unfall-Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Unfall-Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung (auch in gemischten Instituten).

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

2.4.2 Krankenhausaufenthalt im Ausland:

Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Ausland, der einen Krankenhausaufenthalt im Ausland erforderlich macht, zahlen wir das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.4.3 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Unfall-Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für fünf Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
Unsere Leistung erbringen wir auch über das 5. Unfalljahr hinaus, wenn eine Nachbehandlung (z.B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 5 Jahre begrenzt.

2.4.4 Komageld:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches Koma), zahlen wir ein Komageld in Höhe des Unfall-Krankenhaustagegeldes für jeden Tag, an dem sich die versicherte Person in einem Koma befindet, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Sind gleichzeitig die Voraussetzungen für die Zahlung des Unfall-Krankenhaustagegeldes und des Komageldes erfüllt, so erfolgt nur die Zahlung des Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.4.5 Leistung für ambulante Operationen:

Wenn die versicherte Person wegen eines Unfalls ambulant operiert wird und deswegen für mindestens sieben Tage, vom Tag der Operation an gerechnet, ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. falls sie nicht berufstätig ist, vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt ist, wird einmal je Unfall für sieben Tage Unfall-Krankenhaustagegeld gezahlt.

2.4.6 Rooming-in:

Handelt es sich bei der versicherten Person um ein minderjähriges Kind und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), zahlen wir für maximal 10 Übernachtungen des Erziehungsberechtigten im Krankenhaus das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld. Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthalts an den Unfallfolgen verstirbt.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Unfall-Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 750 Tage.

2.6 Unfalltod (Todesfallleistung)

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalls
- innerhalb eines Jahres gestorben oder
- innerhalb des zweiten Jahres gestorben und es ist bis dahin noch keine Invalidität eingetreten.

Bis zu einem Betrag von 20.000 € bleiben die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 (Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen) unberücksichtigt.

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

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

2.6.2.1
Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.6.2.2 Dreifache Todesfallleistung bei Unfalltod von Eltern
Hinterlassen die Eltern, die zum Zeitpunkt des Unfalls beide bei unserer Gesellschaft durch eine Unfallversicherung versichert sein müssen, auf Grund Unfalltod infolge desselben Unfalls mindestens ein minderjähriges leibliches Kind oder Adoptivkind und steht den hinterbliebenen Kindern durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zu, zahlen wir die dreifache Versicherungssumme für Unfalltod, maximal 100.000 €.

2.7 Schulausfallgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.7.1.1
Kann das versicherte Kind infolge des Unfalls nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen, wird das versicherte Schulausfallgeld ab dem 10. Schulausfalltag gezahlt.

2.7.1.2
Jeder Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes ist unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und einer Bescheinigung der Schule zu begründen.

2.7.2 Dauer der Leistung:

Das Schulausfallgeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltage an gerechnet, gezahlt.

2.7.3 Ende des Versicherungsschutzes:

Diese Leistungsart entfällt, sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Nach Beendigung der Leistungsart wird der diesbezügliche Beitragsanteil nicht mehr erhoben.

2.8 Bergungs- und Rettungskosten

2.8.1 Art der Leistungen:

2.8.1.1
Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.8.1.2
Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.

2.8.1.3
Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

2.8.1.4
Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden angemessenen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

2.8.1.5
Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.8.1.6
Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland bis zu 5.000 € oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.8.2 Höhe der Leistungen:

2.8.2.1
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.

2.8.2.2
Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen.

2.9 Ambulante Hilfeleistungen

2.9.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen:

2.9.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall:

Wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.9.3 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.9.1.2 Hilfe bei Unfalltod:

Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, haben der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie deren im selben Haushalt lebenden Kinder Anspruch auf psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.9.4 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.9.1.3

Die Hilfeleistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

2.9.2 Dauer und Umfang der Leistungen:

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach den folgenden Bestimmungen und nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit.

2.9.2.1

Die einmaligen Leistungen (Erstgespräch, Hausnotruf, Pflegeschulung für Angehörige, Pflegeberatung durch den Dienstleister, Tag- und Nachtwache, Vermittlung von Pflegehilfsmitteln, Vermittlung einer Haustierbetreuung, Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst, Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnung/Haus/Kfz, Pflegeplatzgarantie) werden innerhalb von sechs Monaten erbracht.
Die Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung werden für bis zu sechs Monaten erbracht.
Die Grundpflege und die psychosoziale Betreuung werden für bis zu vier Wochen erbracht.

2.9.2.2

Der Zeitraum für die Erbringung der Leistungen wird

- im Falle eines Unfalls vom Unfalltag
- im Falle eines Unfalltods vom Sterbetag

an gerechnet.

2.9.2.3

Bei Hilfeleistungen, die eine Vermittlung von Leistungen vorsehen, werden - bis auf die Vermittlungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.9.2.4

Wird uns die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellen wir die Hilfeleistungen ein.
Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen tragen wir.

2.9.3 Hilfeleistungen:

2.9.3.1 Erstgespräch:

In einem telefonischen Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen/Betreuern und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird festgestellt, welche Hilfeleistungen die versicherte Person benötigt.

2.9.3.2 Hausnotruf:

Wenn die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung/im Haus der versicherten Person eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger eingerichtet, über die der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist.

Die Kosten für die Anlage und ihre Einrichtung tragen wir. Die laufenden Kosten sind auf sechs Monate, vom Unfall an gerechnet, begrenzt. Die Kosten für den Abbau der Anlage tragen wir, wenn er bis zum Ablauf von sechs Monaten, vom Unfall an gerechnet, durchgeführt wird. Andernfalls werden sie von der versicherten Person getragen.

2.9.3.3 Menüservice:

Die versicherte Person erhält je nach organisatorischer Machbarkeit einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit.
Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

2.9.3.4 Besorgungen/Einkäufe:

Bis zu zweimal pro Woche für jeweils bis zu 2 Stunden werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen erledigt. Anfallende Gebühren und die Kosten trägt die versicherte Person. Die Kosten für den Boten tragen wir.

2.9.3.5 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen:

Wenn der Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich ist, wird sie dorthin gebracht und wieder abgeholt - gegebenenfalls mit einer Begleitperson aus der Familie -, und wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet, bis zu zweimal pro Woche, in einem Umkreis von 25 Kilometern von ihrem Wohnort.

2.9.3.6 Reinigung der Wohnung:

Reinigung des Wohnbereichs (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) einmal pro Woche bis zu 3 Stunden.

2.9.3.7 Wäsche und Kleidung:

Waschen, trocknen und bügeln der Wäsche der versicherten Person einmal pro Woche, bis zu 3 Stunden. Dabei wird die Wäsche auch ausgebessert, sortiert und eingeräumt. Auch die Schuhe werden gepflegt.

2.9.3.8 Pflegeschulung für Angehörige:

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult.

2.9.3.9 Pflegeberatung durch den Dienstleister:

Wenn der versicherten Person Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zustehen, so wird sie bzw. ihre Angehörigen/Betreuern über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.9.3.10 Grundpflege:

Wenn die versicherte Person wegen des Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach § 15 Absatz 1 Sozialgesetzbuch - elftes Buch - gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege, 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 so lange erbracht, bis die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens vier Wochen, bis zu 21 Stunden pro Woche.

2.9.3.11 Tag- und Nachtwache:

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

2.9.3.12 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln:

Es werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z.B. Gehhilfen, Rollstuhl, vermittelt.

2.9.3.13 Vermittlung einer Haustierbetreuung:

Es wird die Betreuung der Haustiere der versicherten Person vermittelt. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere wie z.B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische und nicht für Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.9.3.14 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst:

Wir vermitteln die Pflege des Gartens und Schneeräumarbeiten, wenn die versicherte Person wegen des Versicherungsfalles hierbei Unterstützung benötigt.

2.9.3.15 Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz:

Es wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der versicherten Person vermittelt.

2.9.3.16 Pflegeplatzgarantie:

Wir vermitteln einen Pflegeplatz an die versicherte Person in einer Pflegeeinrichtung in Deutschland innerhalb von 24 Stunden nach Aufforderung, spätestens zum Ende des folgenden Arbeitstages, es sei denn, die versicherte Person ist suizidgefährdet. Es wird ein möglichst wohnortnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen wohnortnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Transport-/Fahrtkosten werden übernommen.

2.9.3.17 Ambulante Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades des Versicherten:

Wenn die versicherte Person unfallbedingt ganz oder teilweise außerstande ist, die Betreuung des bis zum Unfall ihm bereits in häuslicher Pflege betreuten ehelichen/eingetragenen oder nicht ehelichen Lebenspartners oder Verwandten 1. Grades mit anerkannter Pflegestufe fortzuführen, erhält auch dieser die versicherten ambulanten Hilfeleistungen. Voraussetzung ist, dass der zu Pflegende mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt.

2.9.4 Psychosoziale Betreuung:

Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, erhalten der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie deren im selben Haushalt lebenden Kinder psychosoziale Betreuung bis zu 3 Stunden in der Woche, begrenzt auf einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen.

2.9.5 Beitragsanpassung:

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag um mehr als 5 Prozent für neue Verträge gleichen Umfangs erhöht wird, ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag mit Wirkung der nächsten Versicherungsperiode an um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt.

Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag um mehr als 5 Prozent für neue Verträge gleichen Umfangs gesenkt wird, verpflichtet sich der Versicherer, den Beitrag vom

Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

2.10 Familienhilfe Plus für Kinder (Kinder-Tarif)

2.10.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen:

2.10.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall:

Wenn das versicherte Kind infolge eines Unfalles zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt oder die Familie wegen bzw. für die erforderliche Versorgung des verunfallten Kindes im Haushalt Hilfe benötigt, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.4 bzw. 2.10.5 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.10.1.2 Hilfebedürftigkeit durch eine Krebserkrankung:

Sofern in diesem Vertrag für das versicherte Kind die Leistung "Soforthilfe bei Krebserkrankung" mitversichert ist und hieraus ein Leistungsanspruch entsteht, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister ebenfalls Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.4 bzw. 2.10.5 gemäß den nachfolgenden Bedingungen. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind durch die Erkrankung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt oder die Familie wegen bzw. für die erforderliche Versorgung des Kindes im Haushalt Hilfe benötigt.

2.10.1.3 Hilfe bei Unfalltod:

Ist das versicherte Kind infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, haben die Familienmitglieder Anspruch auf psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.10.6 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.10.1.4

Die Hilfeleistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

2.10.2 Wer gilt als Familienmitglied?

Als Familienmitglied des versicherten Kindes gelten die im selben Haushalt lebenden Eltern und Geschwister.

2.10.3 Dauer und Umfang der Leistungen:

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach den folgenden Bestimmungen und nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit.

2.10.3.1

Die einmaligen Hilfeleistungen (Erstgespräch, Pflegeschulung für Angehörige, Pflegeberatung durch den Dienstleister, Tag- und Nachtwache, Vermittlung von Pflegehilfsmitteln, Vermittlung einer Haustierbetreuung, Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst, Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz) werden innerhalb von sechs Monaten erbracht.
Die Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung werden für bis zu sechs Monaten erbracht.
Die Grundpflege, psychosoziale Betreuung und Familienbetreuung werden für bis zu vier Wochen erbracht.

2.10.3.2

Der Zeitraum für die Erbringung der Leistungen wird

- im Falle eines Unfalls vom Unfalltag
- im Falle einer Krebserkrankung vom Tag der Diagnosestellung
- im Falle eines Unfalltods vom Sterbetag

an gerechnet.

2.10.3.3

Bei Hilfeleistungen, die eine Vermittlung von Leistungen vorsehen, werden - bis auf die Vermittlungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.10.3.4

Wird uns die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellen wir die Hilfeleistungen ein.
Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen tragen wir.

2.10.4 Hilfeleistungen:

2.10.4.1 Erstgespräch:

In einem telefonischen Erstgespräch mit den Erziehungsberechtigten, ggf. unter Einbeziehung des versicherten Kindes und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird festgestellt, welche Hilfeleistungen das versicherte Kind benötigt.

2.10.4.2 Menüservice:

Das versicherte Kind und seine Familienmitglieder erhalten je nach organisatorischer Machbarkeit pro Person einmal in der Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit.
Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

Alternativ erstatten wir die Kosten von selbst gekauften Speisen gegen Vorlage der jeweiligen Belege, maximal bis zu 6 € täglich pro Person und Mahlzeit.

2.10.4.3 Besorgungen/Einkäufe:

Bis zu zweimal pro Woche für jeweils bis zu 2 Stunden werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen erledigt. Anfallende Gebühren und die Kosten tragen wir nicht. Die Kosten für den Boten tragen wir.

2.10.4.4 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen:

Wenn der Besuch des versicherten Kindes bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich ist, wird es dorthin gebracht und wieder abgeholt - gegebenenfalls mit einer Begleitperson aus der Familie -, und wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet, bis zu zweimal pro Woche, in einem Umkreis von 25 Kilometern von ihrem Wohnort.

2.10.4.5 Reinigung der Wohnung:

Reinigung des Wohnbereichs (z.B. Flur, Schlafzimmer, Kinderzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) einmal pro Woche bis zu 3 Stunden.

2.10.4.6 Wäsche und Kleidung:

Waschen, trocknen und bügeln der Wäsche des versicherten Kindes und seiner Familienmitglieder einmal pro Woche, bis zu 3 Stunden. Dabei wird die Wäsche auch ausgebessert, sortiert und eingeräumt. Auch die Schuhe werden gepflegt.

2.10.4.7 Pflegeschulung für Angehörige:

Wenn das versicherte Kind von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult.

2.10.4.8 Pflegeberatung durch den Dienstleister:

Wenn dem versicherten Kind Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zustehen, so werden seine Erziehungsberechtigten über die wegen der in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.10.4.9 Grundpflege:

Wenn das versicherte Kind in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach § 15 Absatz 1 Sozialgesetzbuch - elftes Buch - gegeben sind, erhält es zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege, 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 so lange erbracht, bis das versicherte Kind Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens vier Wochen, bis zu 21 Stunden pro Woche.

2.10.4.10 Tag- und Nachtwache:

Wenn das versicherte Kind nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation nach Hause zurückkehrt und aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden muss, erhält es nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache.
Diese Leistung wird für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

2.10.4.11 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln:

Es werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z.B. Gehhilfen, Rollstuhl, vermittelt.

2.10.4.12 Vermittlung einer Haustierbetreuung:

Es wird die Betreuung der Haustiere des versicherten Kindes bzw. dessen Familienmitglieder vermittelt. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere wie z.B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische und nicht für Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.10.4.13 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst:

Wir vermitteln die Pflege des Gartens und Schneeräumarbeiten, wenn die Familie wegen der erforderlichen bzw. für die erforderliche Versorgung des verunfallten Kindes hierbei Unterstützung benötigt.

2.10.4.14 Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz:

Es wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der Familie des versicherten Kindes vermittelt.

2.10.5 Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege):

An Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Grundpflege, Tag- und Nachtwache kann für das versicherte Kind und seine minderjährigen Geschwister eine Familienbetreuung bis zu 8 Stunden täglich, jedoch höchstens für vier Wochen, in Anspruch genommen werden. Die Leistungen werden zwischen 6 Uhr und 22 Uhr erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung des Kindes und seiner minderjährigen Geschwister niemand zur Verfügung steht.

Die Betreuung
- umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung in der Grundschule, Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Begleitung zu Kindergarten/Schule, Hilfe beim An- und Auskleiden und die Unterstützung der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).
- sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche (waschen, trocknen, bügeln, sortieren), Schuhpflege, Einkauf und die Wohnungsreinigung im üblichen Umfang.

2.10.6 Psychosoziale Betreuung:

Ist das versicherte Kind infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, erhalten die Familienmitglieder psychosoziale Betreuung bis zu 3 Stunden in der Woche, begrenzt auf einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen.

2.10.7 Beitragsanpassung:

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag um mehr als 5 Prozent für neue Verträge gleichen Umfangs erhöht wird, ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag mit Wirkung der nächsten Versicherungsperiode an um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt.

Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag um mehr als 5 Prozent für neue Verträge gleichen Umfangs gesenkt wird, verpflichtet sich der Versicherer, den Beitrag vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

2.11 Familienhilfe Plus für Erwachsene

2.11.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen:

2.11.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall:

Wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.11.4 bzw. 2.11.5 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.11.1.2 Hilfebedürftigkeit durch eine schwere Erkrankung:

Sofern in diesem Vertrag für die versicherte Person die Leistung "Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung" mitversichert ist und hieraus ein Leistungsanspruch entsteht, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister ebenfalls Hilfeleistungen nach Ziffer 2.11.4 bzw. 2.11.5 gemäß den nachfolgenden Bedingungen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person durch die Erkrankung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt.

2.11.1.3 Hilfe bei Unfalltod:

Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, haben die Familienmitglieder Anspruch auf Familienbetreuung nach Ziffer 2.11.5 und psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.11.6 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.11.1.4

Die Hilfeleistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

2.11.2 Wer gilt als Familienmitglied?

Als Familienmitglied der versicherten Person gilt der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie ihre im selben Haushalt lebenden Kinder.

2.11.3 Dauer und Umfang der Leistungen:

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach den folgenden Bestimmungen und nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit.

2.11.3.1

Die einmaligen Hilfeleistungen (Erstgespräch, Pflegeschulung für Angehörige, Pflegeberatung durch den Dienstleister, Tag- und Nachtwache, Vermittlung von Pflegehilfsmitteln, Vermittlung einer Haustierbetreuung, Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst, Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz, Pflegeplatzgarantie) werden innerhalb von sechs Monaten erbracht.
Die Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung werden für bis zu sechs Monaten erbracht.
Die Grundpflege, psychosoziale Betreuung und Familienbetreuung werden für bis zu vier Wochen erbracht.

2.11.3.2

Der Zeitraum für die Erbringung der Leistungen wird

- im Falle eines Unfalls vom Unfalltag
- im Falle einer schweren Erkrankung vom Tag der Diagnosestellung
- im Falle eines Unfalltods vom Sterbetag

an gerechnet.

2.11.3.3

Bei Hilfeleistungen, die eine Vermittlung von Leistungen vorsehen, werden - bis auf die Vermittlungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.11.3.4

Wird uns die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellen wir die Hilfeleistungen ein.
Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen tragen wir.

2.11.4 Hilfeleistungen:

2.11.4.1 Erstgespräch:

In einem telefonischen Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen/Betreuern und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird festgestellt, welche Hilfeleistungen die versicherte Person benötigt.

2.11.4.2 Menüservice:

Die versicherte Person und ihre Familienmitglieder erhalten je nach organisatorischer Machbarkeit pro Person einmal in der Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit.
Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

Alternativ erstatten wir die Kosten von selbst gekauften Speisen gegen Vorlage der jeweiligen Belege, maximal bis zu 6 € täglich pro Person und Mahlzeit.

2.11.4.3 Besorgungen/Einkäufe:

Bis zu zweimal pro Woche für jeweils bis zu 2 Stunden werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen erledigt. Anfallende Gebühren und die Kosten trägt die versicherte Person. Die Kosten für den Boten tragen wir.

2.11.4.4 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen:

Wenn der Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich ist, wird sie dorthin gebracht und wieder abgeholt - gegebenenfalls mit einer Begleitperson aus der Familie -, und wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet, bis zu zweimal pro Woche, in einem Umkreis von 25 Kilometern von ihrem Wohnort.

2.11.4.5 Reinigung der Wohnung:

Reinigung des Wohnbereichs (z.B. Flur, Schlafzimmer, Kinderzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) einmal pro Woche bis zu 3 Stunden.

2.11.4.6 Wäsche und Kleidung:

Waschen, trocknen und bügeln der Wäsche der versicherten Person und ihrer Familienmitglieder einmal pro Woche, bis zu 3 Stunden. Dabei wird die Wäsche auch ausgebessert, sortiert und eingeräumt. Auch die Schuhe werden gepflegt.

2.11.4.7 Pflegeschulung für Angehörige:

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult.

2.11.4.8 Pflegeberatung durch den Dienstleister:

Wenn der versicherten Person Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zustehen, so wird sie bzw. ihre Angehörigen/Betreuern über die wegen der in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.11.4.9 Grundpflege:

Wenn die versicherte Person in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach § 15 Absatz 1 Sozialgesetzbuch - elftes Buch - gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege, 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 so lange erbracht, bis die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens vier Wochen, bis zu 21 Stunden pro Woche.

2.11.4.10 Tag- und Nachtwache:

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

2.11.4.11 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln:

Es werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z.B. Gehhilfen, Rollstuhl, vermittelt.

2.11.4.12 Vermittlung einer Haustierbetreuung:

Es wird die Betreuung der Haustiere der versicherten Person bzw. der Familienmitglieder vermittelt. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere wie z.B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische und nicht für Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.11.4.13 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst:

Wir vermitteln die Pflege des Gartens und Schneeräumarbeiten, wenn die versicherte Person bzw. dessen Familienmitglieder wegen des Versicherungsfalles hierbei Unterstützung benötigt.

2.11.4.14 Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz:

Es wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der versicherten Person vermittelt.

2.11.4.15 Pflegeplatzgarantie:

Wir vermitteln einen Pflegeplatz an die versicherte Person in einer Pflegeeinrichtung in Deutschland innerhalb von 24 Stunden nach Aufforderung, spätestens zum Ende des folgenden Arbeitstages, es sei denn, die versicherte Person ist suizidgefährdet. Es wird ein möglichst wohnortnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen wohnortnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Transport-/Fahrtkosten werden übernommen.

2.11.4.16 Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder:

Wenn die versicherte Person durch den Versicherungsfall ganz oder teilweise außerstande ist, die Betreuung des von ihm bereits in häuslicher Pflege betreuten Familienmitglieds mit anerkannter Pflegestufe fortzuführen, erhält auch dieser die versicherten ambulanten Hilfeleistungen.

2.11.5 Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege):

Leben im Haushalt der versicherten Person Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dergestalt beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen, kann an Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Grundpflege, Tag- und Nachtwache und Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder eine Familienbetreuung bis zu 8 Stunden täglich, jedoch höchstens für vier Wochen, in Anspruch genommen werden. Die Leistungen werden zwischen 6 Uhr und 22 Uhr erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht.

Die Betreuung
- umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung in der Grundschule, Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Begleitung zu Kindergarten/Schule, Hilfe beim An- und Auskleiden und die Unterstützung der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).
- sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche (waschen, trocknen, bügeln, sortieren), Schuhpflege, Einkauf und die Wohnungsreinigung im üblichen Umfang.

2.11.6 Psychosoziale Betreuung:

Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, erhalten die Familienmitglieder

psychosoziale Betreuung bis zu 3 Stunden in der Woche, begrenzt auf einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen.

2.11.7 Beitragsanpassung:

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag um mehr als 5 Prozent für neue Verträge gleichen Umfangs erhöht wird, ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag mit Wirkung der nächsten Versicherungsperiode an um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt.

Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag um mehr als 5 Prozent für neue Verträge gleichen Umfangs gesenkt wird, verpflichtet sich der Versicherer, den Beitrag vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

2.12 Sport*Aktiv*

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.12.1.1
Es besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten hat und hierdurch das eigene versicherte Sportgerät beschädigt oder zerstört worden bzw. abhanden gekommen ist.

2.12.1.2
Folgende Sportgeräte sind versichert:
Fahrräder, Inline-Skates, Skier, Skateboards, Surfgeräte, Snowboards, Kickboards (City-Roller), Threeliner.

2.12.1.3
Der Unfall und der darauf beruhende Schaden oder Verlust des versicherten Sportgeräts sind uns unverzüglich nachzuweisen. Als Nachweis für den Unfall reicht ein ärztliches Attest.

2.12.2 Höhe der Leistung:

2.12.2.1
Wir erstatten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme den Zeitwert oder die Reparaturkosten bis zum jeweiligen Zeitwert.

2.12.2.2
Als Zeitwert werden folgende Werte verbindlich festgelegt: Im 1. Jahr 100 Prozent, im 2. Jahr 80 Prozent, im 3. Jahr 60 Prozent, im 4. Jahr 40 Prozent, ab dem 5. Jahr 20 Prozent des Neupreises.

2.13 Reha-Management

2.13.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen:

Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister die Leistungen nach den Ziffern 2.13.3 und 2.13.4. Ein Leistungsanspruch besteht nur für Maßnahmen, die innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erfolgen.

Wird uns anhand medizinischer Unterlagen dargelegt, dass die Leistungsvoraussetzungen voraussichtlich gegeben sind, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Leistungen nach den Ziffern 2.13.3 und 2.13.4.1, ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Leistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, stellen wir die Leistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Leistungen tragen wir.

Die Leistungen nach Ziffer 2.13.4.2 werden im Falle der Anerkennung unserer Leistungspflicht erbracht.

2.13.2 Dauer, Umfang und Höhe der Leistungen:

Ein Leistungsanspruch besteht innerhalb eines Zeitraums von maximal zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Danach endet unsere Leistungspflicht.

Die Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung) sind auf insgesamt 30 Stunden begrenzt.

Ist lediglich eine Vermittlung oder Organisation von Leistungen oder eine Unterstützung vorgesehen, werden - bis auf die Vermittlungs-, Organisations- und Unterstützungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.13.3 Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung):

2.13.3.1
In einem Erstgespräch mit der versicherten Person, den behandelnden Ärzten oder weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen wird die medizinische Situation festgestellt und ein individuelles therapeutisches Rehabilitationskonzept erarbeitet.

2.13.3.2
Während der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen wird die versicherte Person betreut. Dabei werden unter Einbindung der behandelnden Ärzte gegebenenfalls weitere Möglichkeiten zur Optimierung der Rehabilitationsmaßnahmen, z.B. die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung, vorgeschlagen und/oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik organisiert. Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung.

2.13.3.3
Bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben beraten und unterstützen wir die versicherte Person unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten. Unsere Leistungen umfassen die Unterstützung bei der Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes, bei der mögli-

cherweise notwendigen Suche nach einem neuen Arbeitsplatz und bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit. Wir betreuen die versicherte Person während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase.

2.13.3.4
Wir beraten die versicherte Person über
- mögliche Leistungen der Sozialversicherungen sowie anderer Kostenträger und übernehmen auf Wunsch die Kommunikation mit diesen Einrichtungen, auch hinsichtlich einer Kostenübernahme. Zudem bieten wir Hilfe bei der Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen und auf Feststellung einer Schwerbehinderung, sofern sich die Pflegebedürftigkeit oder Schwerbehinderung als Unfallfolge darstellt.
- Fragestellungen in der häuslichen Umgebung, die sich aus dem Unfall ergeben und organisieren bei Bedarf einen Pflege- und/oder Hilfsdienst oder Hilfsmittel (z.B. Gehhilfen).
- die Möglichkeiten des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Mobilität (z.B. behindertengerechter KFZ-Umbau) und organisieren bei Bedarf die entsprechenden Maßnahmen.
- die behindertengerechte Umgestaltung des Wohnumfeldes und übernehmen bei Bedarf die Organisation oder unterstützen bei der Suche eines behindertengerechten Objekts.

2.13.4 Weitere Leistungen:

2.13.4.1 Kostenübernahmen bei schlüssiger Darlegung eines voraussichtlichen Invaliditätsgrads von mindestens 50 Prozent

2.13.4.1.1 Rehabilitationsmaßnahmen:

Die Kosten der von uns empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen wir im stationären Bereich bis zu einem Betrag von 15 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme und im ambulanten Bereich bis zu 5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere von einem Krankenversicherer oder einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.13.4.1.2 Pflegeheimkosten:

Wir übernehmen bei erforderlicher stationärer Unterbringung der versicherten Person die Pflegeheimkosten, soweit die Kosten von keinem anderen Kostenträger übernommen werden. Unsere Kostenübernahme ist auf 1,5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme pro Monat für maximal sechs Monate begrenzt.

2.13.4.2 Kostenübernahmen bei einem anerkannten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent

Unter den nachstehenden weiteren Voraussetzungen werden auch folgende Kosten übernommen, sofern sie durch die unfallbedingte Invalidität von mindestens 50 Prozent verursacht sind. Übernommen wird nur der Teil der Kosten, der anteilig in den Leistungszeitraum gemäß Ziffer 2.13.2 fällt. Es besteht jedoch kein Anspruch, soweit die Kosten von einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.13.4.2.1 Hilfsmittelversorgung:

Besteht die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung bzw. werden Hilfsmittel (z.B. Gehhilfen) benötigt, übernehmen wir die daraus entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.13.4.2.2 Mobilität:

Ist für das Führen eines Kraftfahrzeugs eine behindertengerechte Umgestaltung des auf die versicherte Person oder dessen Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner zugelassenen Kraftfahrzeugs erforderlich, übernehmen wir die Umgestaltungskosten bis zu einem Betrag von 15 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.13.4.2.3 Anpassung des Wohnumfeldes:

Ist eine Nutzung des bisherigen Wohnumfeldes nicht mehr möglich oder wesentlich eingeschränkt, übernehmen wir die Kosten zur behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfeldes bis zu einem Betrag von 30 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.13.4.2.4 Berufliche Rehabilitation:

Kann der bisherige Beruf nicht mehr oder nicht in seitheriger Form ausgeübt werden, übernehmen wir für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation die Kosten bis zu einem Betrag von 20 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.13.4.3 Reihenfolge der Kostenübernahmen:

Die Kostenübernahmen erfolgen in der Reihenfolge ihrer Anforderungen und sind auf 100 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

2.13.5 Beitragsanpassung:

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag um mehr als 5 Prozent für neue Verträge gleichen Umfangs erhöht wird, ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag mit Wirkung der nächsten Versicherungsperiode an um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt.

Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag um mehr als 5 Prozent für neue Verträge gleichen Umfangs gesenkt wird, verpflichtet sich der Versicherer, den Beitrag vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

2.14 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistungen:

2.14.1.1
Die versicherte Person hat sich infolge des Unfalles einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

2.14.1.2
Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

2.14.2 Art und Höhe der Leistungen:

2.14.2.1
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.

2.14.2.2
Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

2.15 Kurkostenbeihilfe

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die unfallbedingten Verletzungen oder deren Folgen erfordern eine vollstationäre Kur für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen, deren medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird und die innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet erfolgt.

2.15.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Kurkostenbeihilfe erbringen wir in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall.

2.16 Einmalzahlung bei dauernder Schwerstpflegebedürftigkeit

2.16.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.16.1.1
Ein Unfall hat zu einer dauernden Schwerstpflegebedürftigkeit geführt.

2.16.1.2
Schwerstpflegebedürftig ist, wer bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität rund um die Uhr - auch nachts - Hilfe benötigt und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

2.16.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.17 Heilkosten

2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.17.1.1
Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens, für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandszeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.

2.17.1.2
Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

2.17.2 Höhe der Leistung:

2.17.2.1
Bei gleichzeitigem Bestehen einer Krankheitskostenversicherung und einer Einzel-Unfallheilkostenversicherung wird Heilkostenersatz im Rahmen der Unfallversicherung nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.17.2.2
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Leistungsarten bei Unfall oder Krankheit

2.18 Soforthilfe bei Krebserkrankung

2.18.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Versicherungsschutz besteht, wenn nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn bei dem versicherten Kind erstmals eine Krebserkrankung ärztlich festgestellt wird.

2.18.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.18.3 Ende des Versicherungsschutzes:

Diese Leistungsart entfällt mit Auszahlung der Versicherungssumme, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebens-

jahr vollendet hat. Nach Beendigung der Leistungsart wird der diesbezügliche Beitragsanteil nicht mehr erhoben.

2.19 Krankenhaustagegeld

2.19.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.19.1.1
Die versicherte Person befindet sich in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, unabhängig davon, ob dies auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen ist.
Versicherungsschutz besteht auch für medizinisch notwendige vollstationäre Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung.

Kuren sowie Aufenhalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.19.1.2
Der Versicherungsfall beginnt mit der vollstationären Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die stationäre Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

2.19.1.3
Jede Krankenhausbehandlung ist uns innerhalb eines Monats nach ihrem Beginn anzuzeigen.

2.19.1.4
Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

2.19.1.5
Keine Leistungspflicht besteht

2.19.1.5.1
für die bei Antragstellung und/oder bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten und Folgen, auch wenn sie nicht behandelt wurden, sowie für die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, es sei denn, dass es sich um unvorhergesehene ärztliche Hilfe zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder um gezielte Maßnahmen zur ausschließlichen Beseitigung akuter Schmerzen handelt;

2.19.1.5.2
für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

2.19.1.5.3
für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

2.19.1.5.4
für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

2.19.1.5.5
für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

2.19.1.5.6
nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses für schwebende Versicherungsfälle.

2.19.2 Wartezeiten:

In Ergänzung zu Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz frühestens nach Ablauf folgender Wartezeiten:

2.19.2.1
Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Sie entfällt bei Unfällen.

2.19.2.2
Die besonderen Wartezeiten betragen bei Krankenhausaufenthalten wegen Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate vom Versicherungsbeginn an gerechnet.

2.19.2.3
Bei Erhöhungen des Krankenhaustagegeldes während der Vertragslaufzeit gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.
Für Erhöhungen des Krankenhaustagegeldes im Rahmen der vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag gelten keine Wartezeiten.

2.19.3 Art und Dauer der Leistung:

2.19.3.1
Das versicherte Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen ohne Kostennachweis und für längstens zwei Jahre je Versicherungsfall gezahlt. Dabei werden Aufnahme- und Entlassungstag je als ein voller Tag gewertet.

2.19.3.1.1
Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt auf Grund psychotherapeutischer Behandlung wird das versicherte Krankenhaustagegeld für maximal 30 Tage je Kalenderjahr gezahlt.

2.19.3.2
Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den amtlich zugelassenen Krankenhäusern.

2.19.4 Nachweise:

2.19.4.1
Als Nachweis ist eine Bescheinigung über stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung und den Beginn der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält.

2.19.4.2
Der Nachweis ist innerhalb eines Monats nach Beendigung der stationären Behandlung zu führen, bei längerem Krankenhausaufenthalt können in monatlichen Abständen Zwischennachweise vorgelegt und entsprechende Abrechnungen verlangt werden.

2.19.4.3
Solange durch ein Verschulden Ihrerseits die geforderten Nachweise nicht oder nicht vollständig vorliegen, sind wir nicht zur Zahlung verpflichtet.

2.19.5 Beitragsanpassung:

2.19.5.1
Wir können jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

2.19.5.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 2.19.5.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird mit Wirkung ab der nächsten Versicherungsperiode angepasst.

2.19.5.3
Erhöht sich der Beitrag auf Grund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.
Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin.
Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.19.5.4
Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.19.5.1 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.20 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten sowie für plastische Brustoperationen infolge Brustkrebs (Modell 3)

2.20.1 Voraussetzungen für die Leistungen:

2.20.1.1
Die versicherte Person hat sich
- infolge des Unfalles einer kosmetischen Operation
oder
- infolge einer Brustkrebserkrankung, die während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt worden sein muss, einer kosmetischen oder plastischen Brustoperation

unterzogen.

Als kosmetische oder plastische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung, im Falle von Brustkrebs auch während der Heilbehandlung, durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, die unfallbedingte oder durch eine Brustoperation infolge einer Brustkrebserkrankung entstandene Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

2.20.1.2
Die kosmetische oder plastische Operation muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall oder der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Brustkrebserkrankung, bei Minderjährigen spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres, erfolgen.

2.20.1.3
Für kosmetische oder plastische Brustoperationen infolge einer Brustkrebserkrankung besteht eine Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn.

2.20.2 Art und Höhe der Leistungen:

2.20.2.1
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.

2.20.2.2
Wir leisten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, bei einer kosmetischen oder plastischen Brustoperation infolge Brustkrebs bis zu maximal 10% der vereinbarten Versicherungssumme, Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- unfallbedingte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

2.21 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung

2.21.1 Voraussetzung für die Leistung:

2.21.1.1
Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei folgenden schweren Erkrankungen, unabhängig, ob diese auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen sind. Leistungsvoraussetzung ist, dass eine der folgenden schweren Erkrankungen während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung zum Tod geführt hat.

2.21.1.1.1 Herzinfarkt

Die versicherte Person erleidet eine bleibende Schädigung oder Untergang eines Teils des durch die Koronararterien versorgten Herzmuskelgewebes infolge eines ischämischen Ereignisses. Die Diagnose stützt sich auf das Vorliegen aller folgenden Nachweise:

- Charakterische (plötzlich einsetzende, starke) Brustschmerzen in der Vorgeschichte
- neu eintretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen (z.B. ST-Hebung)
- eindeutige Erhöhung von herzinfarktspezifischen Enzymen (z.B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I bzw. T.

Ein Herzinfarkt, der zwar mit Troponin I- oder T-Erhöhung, aber ohne ST-Hebung abläuft, ist nicht gedeckt (NSTEMI). Ebenso wenig sind andere akute Koronarsyndrome gedeckt.

2.21.1.1.2 Schlaganfall

Zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall), der zu neurologischen Ausfallerscheinungen führt, die über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten anhalten. Der Insult

schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden, traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologisches Defizit sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

2.21.1.1.3 Nierenversagen

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt.

2.21.1.1.4 Erblindung

Das Sehvermögen beider Augen beträgt dauerhaft weniger als 2 Prozent der Norm-Sehkraft.

2.21.1.2 Nachweis

Die schwere Erkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

Bei Schlaganfall muss die Diagnose durch klinische Symptome sowie durch eine Computer- oder Kernspintomographie des Kopfes gesichert werden (fachärztlich). Ebenso muss fachärztlich gesichert werden, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen mindestens über einen Zeitraum von 3 Monaten angehalten haben.
Im Falle der Erblindung ist eine augenärztliche Bescheinigung gemäß den Richtlinien der Deutschen Augenärztlichen Gesellschaft erforderlich.

2.21.2 Art und Höhe der Leistung:

2.21.2.1
Wurde die schwere Erkrankung durch einen Unfall verursacht, erbringen wir die Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.21.2.2
Wurde die schwere Erkrankung nicht durch einen Unfall verursacht, erbringen wir nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten die Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

- ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres bis zu dessen Ablauf: 20%,
- im zweiten Versicherungsjahr: 40%,
- im dritten Versicherungsjahr: 60%,
- im vierten Versicherungsjahr: 80%,
- ab dem fünften Versicherungsjahr: 100%

der vereinbarten Versicherungssumme.

2.21.2.3
Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 € begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Erkrankungen gleichzeitig eintreten.

2.21.2.4
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.21.3 Ende des Versicherungsschutzes:

2.21.3.1
Der Versicherungsschutz endet nach Auszahlung einer Versicherungsleistung.

2.21.3.2
Das Gleiche gilt bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

2.21.3.3
Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der versicherten Invaliditätssumme oder Unfall-Rente oder Unfall-Todesfallleistung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.21.4 Beitragsanpassung:

2.21.4.1
Wir können jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

2.21.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 2.21.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird mit Wirkung ab der nächsten Versicherungsperiode angepasst.

2.21.4.3
Erhöht sich der Beitrag auf Grund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.
Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin.
Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.21.4.4
Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.21.4.1 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.22 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung (Modell 2)

2.22.1 Voraussetzung für die Leistung:

2.22.1.1
Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei folgenden schweren Erkrankungen, unabhängig, ob diese auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen sind. Leistungsvoraussetzung ist, dass eine der folgenden schweren Erkrankungen während der Ver-

tragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung zum Tod geführt hat. Für die Mitversicherung der Krebserkrankungen gemäß Ziffer 2.22.1.1.5 und 2.22.1.1.6 ist zudem Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Antragstellung noch überhaupt keine Krebserkrankung (bösartig) ärztlich festgestellt wurde.

2.22.1.1.1 Herzinfarkt

Die versicherte Person erleidet eine bleibende Schädigung oder Untergang eines Teils des durch die Koronararterien versorgten Herzmuskelgewebes infolge eines ischämischen Ereignisses. Die Diagnose stützt sich auf das Vorliegen aller folgenden Nachweise:

- Charakterische (plötzlich einsetzende, starke) Brustschmerzen in der Vorgeschichte
- neu eintretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen (z.B. ST-Hebung)
- eindeutige Erhöhung von herzinfarktspezifischen Enzymen (z.B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I bzw. T.

Ein Herzinfarkt, der zwar mit Troponin I- oder T-Erhöhung, aber ohne ST-Hebung abläuft, ist nicht gedeckt (NSTEMI). Ebenso wenig sind andere akute Koronarsyndrome gedeckt.

2.22.1.1.2 Schlaganfall

Zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall), der zu neurologischen Ausfallerscheinungen führt, die über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten anhalten. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden, traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologisches Defizit sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

2.22.1.1.3 Nierenversagen

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt.

2.22.1.1.4 Erblindung

Das Sehvermögen beider Augen beträgt dauerhaft weniger als 2 Prozent der Norm-Sehkraft.

2.22.1.1.5 Frauenspezifische Krebserkrankungen (bösartig):

- Brustkrebs (Mammakarzinom)
- Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)
- Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

2.22.1.1.6 Männerspezifische Krebserkrankungen (bösartig):

- Prostatakrebs (Prostatakarzinom)
- Hodenkrebs (Hodenkarzinom)

2.22.1.2 Nachweis

Die schwere Erkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

Bei Schlaganfall muss die Diagnose durch klinische Symptome sowie durch eine Computer- oder Kernspintomographie des Kopfes gesichert werden (fachärztlich). Ebenso muss fachärztlich gesichert werden, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen mindestens über einen Zeitraum von 3 Monaten angehalten haben.
Im Falle der Erblindung ist eine augenärztliche Bescheinigung gemäß den Richtlinien der Deutschen Augenärztlichen Gesellschaft erforderlich.

2.22.2 Art und Höhe der Leistung:

2.22.2.1
Wurde die schwere Erkrankung durch einen Unfall verursacht, erbringen wir die Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.22.2.2
Wurde die schwere Erkrankung nicht durch einen Unfall verursacht, erbringen wir nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten die Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

- ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres bis zu dessen Ablauf: 20%,
- im zweiten Versicherungsjahr: 40%,
- im dritten Versicherungsjahr: 60%,
- im vierten Versicherungsjahr: 80%,
- ab dem fünften Versicherungsjahr: 100%

der vereinbarten Versicherungssumme.

2.22.2.3
Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 € begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Erkrankungen gleichzeitig eintreten.

2.22.2.4
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.22.3 Ende des Versicherungsschutzes:

2.22.3.1
Der Versicherungsschutz endet nach Auszahlung einer Versicherungsleistung.

2.22.3.2
Das Gleiche gilt bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

2.22.3.3
Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der versicherten Invaliditätssumme oder Unfall-Rente oder Unfall-Todesfallleistung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.22.4 Beitragsanpassung:

2.22.4.1
Wir können jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.

Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

2.22.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 2.22.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird mit Wirkung ab der nächsten Versicherungsperiode angepasst.

2.22.4.3
Erhöht sich der Beitrag auf Grund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.22.4.4
Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.22.4.1 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.23 Einmalzahlung bei den schweren Erkrankungen Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Eierstockkrebs (Modell 3)

2.23.1 Voraussetzung für die Leistung:

2.23.1.1
Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei Brustkrebs (Mammakarzinom), Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) sowie bei Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom). Leistungsvoraussetzung ist, dass eine dieser Erkrankungen während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird, diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung zum Tod geführt hat und dass zum Zeitpunkt der Antragstellung noch überhaupt keine Krebserkrankung (bösartig) ärztlich festgestellt wurde.

2.23.1.2 Nachweis

Die schwere Erkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

2.23.2 Art und Höhe der Leistung:

2.23.2.1
Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten erbringen wir die Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

- ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres bis zu dessen Ablauf: 20%,
- im zweiten Versicherungsjahr: 40%,
- im dritten Versicherungsjahr: 60%,
- im vierten Versicherungsjahr: 80%,
- ab dem fünften Versicherungsjahr: 100%

der vereinbarten Versicherungssumme.

Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 Euro begrenzt, auch

2.23.2.2
wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Erkrankungen gleichzeitig eintreten.

2.23.2.3
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.23.3 Ende des Versicherungsschutzes:

2.23.3.1
Der Versicherungsschutz endet nach Auszahlung einer Versicherungsleistung.

2.23.3.2
Das Gleiche gilt bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

2.23.3.3
Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der versicherten Invaliditätssumme oder Unfall-Rente verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.23.4 Beitragsanpassung:

2.23.4.1
Wir können jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

2.23.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 2.23.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird mit Wirkung ab der nächsten Versicherungsperiode angepasst.

2.23.4.3
Erhöht sich der Beitrag auf Grund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.23.4.4
Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.23.4.1 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.24 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch

2.24.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.24.1.1
Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages einen Oberschenkelhalsbruch erleidet, gleichgültig ob unfallbedingt oder krankhafter Natur.

2.24.1.2
Oberschenkelhalsbruch ist ein hüftgelenksnaher Bruch des Oberschenkelknochens zwischen Kopf und Schaft des Knochens.

2.24.2 Art und Höhe der Leistung:

2.24.2.1 Einmalzahlung:

Bei einem Oberschenkelhalsbruch zahlen wir unabhängig vom voraussichtlichen Invaliditätsgrad die vereinbarte Einmalzahlung.

2.24.2.2 Rentenzahlung:

Dauernde Folgen des Oberschenkelhalsbruchs werden bei der Bemessung des Invaliditätsgrades gemäß Ziffer 2.1 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen mit einbezogen. Eine Leistungskürzung gemäß Ziffer 3 erfolgt nicht.

2.24.3 Ende des Versicherungsschutzes:

Diese Leistungsart entfällt mit Auszahlung der Versicherungssumme, spätestens jedoch zum Ende des Versichungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat. Nach Beendigung der Leistungsart wird der diesbezügliche Beitragsanteil nicht mehr erhoben.

Vorsorge-Unfallversicherung:

2.25 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene oder Adoptivkinder und Partner

2.25.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.25.1.1
Wenn während der Wirksamkeit des Vertrages leibliche Kinder oder Geschwister der versicherten Person geboren oder Geschwister adoptiert werden oder die versicherte Person heiratet bzw. eine eingetragene Lebenspartnerschaft eingeht, so bieten wir für sechs Monate nach Vollendung der Geburt oder der Adoption bzw. für drei Monate nach der Eheschließung oder Eintragung der Lebenspartnerschaft für diese hinzukommenden Angehörigen beitragsfrei Versicherungsschutz.

2.25.1.2
Dieser Versicherungsschutz verlängert sich um weitere sechs Monate, wenn Sie die Geburt oder Adoption bzw. um weitere drei Monate, wenn Sie die Eheschließung oder Eintragung der Lebenspartnerschaft während der ersten sechs Monate (Geburt oder Adoption) bzw. drei Monate (Eheschließung oder Eintragung Lebenspartnerschaft) bei uns anzeigen.

2.25.1.3
Die in den einzelnen Leistungsarten beschriebenen Leistungsvoraussetzungen gelten auch für die beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene/Adoptivkinder und Partner.

2.25.2 Höhe der Leistung:

Die Versicherungssummen betragen:

Leistung bei Vollinvalidität (Modell 1000)	250.000 €
Invaliditäts-Grundsumme	25.000 €
Unfalltod (Todesfallleistung)	1.500 €
Kosten für kosmetische Operationen	5.000 €
Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte	1.500 €
Bergungs- und Rettungskosten	100.000 €
Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld	15 €

Bestehen bei uns für die versicherte Person mehrere beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherungen, so zahlen wir Leistung nur aus einem dieser Verträge.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 35 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1
Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

- Personen, die für dauernd mindestens schwer pflegebedürftig sind. Schwer pflegebedürftig ist, wer bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens drei Mal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe benötigt und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.
- Personen, die auf Grund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können, sondern einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

4.2
Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese nicht mehr versicherbare Person die Versicherung.

4.3
Die für eine nicht mehr versicherbare Person seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1
Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Trunkenheit sind mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,1 Promille nicht überschritten hat.

Mitversichert sind auch Unfälle beim Lenken von Kraftfahrzeugen, die sich auf Grund Einschlafens infolge von Übermüdung ereignen.

Ergänzend besteht auch Versicherungsschutz, wenn ein Unfall durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurde. Tritt ein Herzinfarkt oder Schlaganfall innerhalb einer Stunde nach einem Unfall ein, gilt dies als Unfallfolge.

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

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

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

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

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

5.1.4
Unfälle der versicherten Person

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

5.1.5
Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
Kommt es bei den Fahrtveranstaltungen allein oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) an, besteht Versicherungsschutz.

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1
Schäden an Bandscheiben, es sei denn, sie gehen mit einer knöchernen Verletzung der Wirbelsäule einher.

5.2.2
Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1 die überwiegende Ursache ist.

5.2.3
Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Mitversichert sind allerdings Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

5.2.4
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

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

5.2.5
Infektionen.

5.2.5.1
Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.5.2
Versicherungsschutz besteht jedoch für:

- Tollwut und Wundstarrkrampf;
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.5.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten;
- durch Zeckenstich übertragene Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) oder Borreliose, sofern die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages ausbricht.

5.2.5.3
Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.4 Satz 2 entsprechend.

5.2.6
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für:

- Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- Nahrungsmittelvergiftungen.

5.2.7
Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.7.1
Versicherungsschutz wird jedoch gewährt, wenn und soweit diese krankhaften Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

5.2.7.2
Für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, die auf Grund Überfall oder Geiselnahme auftreten, übernehmen wir die Kosten einer psychologischen Betreuung für bis zu 10 Sitzungen, sofern kein anderer Kostenträger eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, wird der fehlende Restbetrag erstattet. Unsere Kostenerstattung ist in jedem Fall im Rahmen der Bergungs- und Rettungskosten auf 1.000 € begrenzt.

5.2.8
Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung oder durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung gemäß Ziffer 1.4 entstanden sind.

6 Was müssen Sie
- bei vereinbartem Kinder-Tarif
- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- bei Vollendung des 67. und des 80. Lebensjahres
beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1
Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

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

6.1.2
Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1
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 Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, welches diesen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Bundesfreiwilligendienst (BFD), Jugendfreiwilligendienst (FSJ, FÖJ) oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2
Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

6.2.3
Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

6.3 Umstellung des Erwachsenentarifs in den Seniorentarif nach Vollendung des 67. Lebensjahres

6.3.1
Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Senioren. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

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

6.3.2
Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.4 Umstellung des Seniorentarifs in den Tarif für Personen ab 80 Jahre nach Vollendung des 80. Lebensjahres

6.4.1
Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab 80 Jahre. Die Umstellung erfolgt frühestens zu Beginn des 4. Versicherungsjahres. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.4.2
Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person 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.
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

7.2
Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3
Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.

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

7.5
Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen nach Kenntnisnahme zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, d.h. bei nur einfach fahrlässiger bzw. versehentlicher Obliegenheitsverletzung, 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 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1
Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

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

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bis zu 100 € pro Versicherungsfall. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2
Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

9.3
Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.

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

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

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist

ausgeübt werden.

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

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

Die Versicherungsdauer

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

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

Ist für eine Leistungsart eine Wartezeit vereinbart, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

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

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

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

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Versicherungsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag), durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2
Bei einem Einmalbeitrag umfasst die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, höchstens jedoch ein Jahr.

11.1.3 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

11.3.1 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 oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

11.3.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

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

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war
  und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.6.1
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.

11.6.2
Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

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

12.1
Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2
Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

12.3
Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform 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 An-

zeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an Sie gestellten Fragen verantwortlich.

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1
Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

13.3.2
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

13.4 Ausübung unserer Rechte

Die in den Ziffern 13.2 und 13.3 genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsabschluss ausüben, bei Eintritt des Versicherungsfalls während dieser ersten 5 Jahre auch nach Ablauf dieser Frist. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.5 Anfechtung

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

14.1
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

14.2
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.

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

15.2
Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

16.1
Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

16.2
Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(Stand Januar 2012)

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei

- Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 37 und 38 VVG)	6,00 €
- Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers	6,00 €
- Ersatz-Versicherungsschein ausstellen	5,00 €
- Vertragsänderungen mit Nachtrag	5,00 €

Diese Gebühren gelten für das laufende Versicherungsjahr. Sie werden jedes Jahr überprüft und gegebenenfalls neu festgesetzt.

Wir sind berechtigt, die von einem Kreditinstitut auf Grund einer von Ihnen zu vertretenden Rücklastschrift geltend gemachten Kosten von Ihnen zurückzufordern.

Anhang zu den Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011)

Berufsgruppenverzeichnis

Wie in Ziffer 6.2 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) geregelt, hängt die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Änderung der Berufstätigkeit/Beschäftigung

Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen, unabhängig davon, ob die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung in diesem Berufsgruppenverzeichnis konkret benannt ist oder nicht. Führt die Änderung zu einem Wechsel der Einordnung in eine der unten aufgeführten Gruppen, werden wir die Versicherungsleistungen anpassen. Alternativ werden wir auf Ihren Wunsch den Beitrag anpassen.
Bundesfreiwilligendienst (BFD), Jugendfreiwilligendienst (FSJ, FÖJ) oder militärische Reserveübungen fallen nicht unter eine meldepflichtige Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Hinsichtlich der Berufstätigkeit bzw. der Beschäftigung sind für die Tarifeinteilung folgende Gruppen zu unterscheiden:

Personen mit kaufmännischer und verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen
Hierzu zählen beispielsweise auch:

Apotheker
Architekten
Ärzte und Heilpraktiker
Chemiker (soweit nicht mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen tätig)
Fotografen
Friseure
Fußpfleger
Gastwirte
Goldschmiede
Graveure
Heilpraktiker
Hotel-/Pensionsbesitzer
Köche
Kosmetiker
Küchen- und Bedienungspersonal
Künstler bei Bühne, Film und Fernsehen (nicht Artisten)
Lehrer (nicht Sport- und Tanzlehrer)
Masseure
Optiker
Pfarrer
Pflegepersonal im Krankenhaus
Polizei im Innendienst
Rechtsanwälte
Reporter
Schneider
Schriftsteller
Uhrmacher
Verkäufer
Zollverwaltung (nicht Außendienst, Grenzaufseher, Wächter)

Personen, mit körperlicher und handwerklicher Berufsarbeit, wenn auch nur gelegentlich
Hierzu zählen beispielsweise auch:

Bergleute
Bundesgrenzschutz
Bundeswehr (Zeit- und Berufssoldaten)
Chemiker mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen und explosiblen Stoffen
Forstgehilfen
Jäger, Jagdhüter (nicht Jagdaufseher)
Kraftfahrer
Landwirte
Polizei im Außendienst
Sport- und Tanzlehrer
Strafvollzugsbeamte (nicht Büropersonal)
Tankwarte
Zollverwaltung (nicht Büropersonal)

Personen, die keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben
Zum Beispiel: Hausfrauen/-männer, Rentner/-innen, Pensionäre/Pensionärinnen

Schüler und Studenten

Beschäftigte des Finanzdienstleistungsgewerbes

Zusatzbedingungen/Bedingungen/Besondere Bedingungen

Folgende Zusatzbedingungen, Bedingungen und Besondere Bedingungen sind, sofern beantragt, Vertragsinhalt:

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

Der Versicherungsschutz wird ergänzend zu Ziffer 5.2.5 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) auf Gesundheitsschäden durch Infektionen erweitert.

Voraussetzungen für die Leistung

1
Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

2
Aus
- der Krankengeschichte,
- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 3 dieser Bedingungen bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

3
Die Krankheitserreger sind entweder
- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper gelangt.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren gilt:

Ziffer 3 dieser Bedingungen wird wie folgt ersetzt:
Die Krankheitserreger sind entweder
- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper gelangt.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

Auf der Grundlage der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) bieten wir Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle. Ziffer 6.2 AUB gilt nicht.

1 Voraussetzungen für die Leistungen

1.1
Die versicherte Person steht in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis und ist

- gesetzlich oder freiwillig durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder
- nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle

versichert.

1.2
Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.

1.3
Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle beim Sport, den die versicherte Person gegen Entgelt betreibt.

3 Änderung der Voraussetzung für die Leistungen

3.1
Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen für länger als zwei Monate fort, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Ab Fortfall der Voraussetzung hat die versicherte Person zum bisherigen Beitrag für zwei Monate Versicherungsschutz für berufliche und außerberufliche Unfälle. Nach Ablauf dieser zwei Monate bleibt der erweiterte Versicherungsschutz bestehen. Es vermindern sich jedoch die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag nach dem dann gültigen Tarif.

3.2
Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir auf Wunsch den Vertrag als Unfallversicherung gegen außerberufliche Unfälle mit dem bisherigen Beitrag bei entsprechend erhöhten Versicherungssummen weiter.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

Abweichend von Ziffer 2.1.2.1.1 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %

anderer Finger	20 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades (verbesserte Gliedertaxe)

Abweichend von Ziffer 2.1.2.1.1 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Organe und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oberhalb des Handgelenks	80 %
Hand	75 %
Daumen	35 %
Zeigefinger	25 %
anderer Finger	15 %
für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	70 %
Bein oberhald des Fußgelenks	80 %
Fuß	70 %
große Zehe	20 %
andere Zehe	10 %
ein Auge	60 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
eine Niere	25 %
beide Nieren	100 %
Falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
Gehör auf einem Ohr	45 %
Gehör auf beiden Ohren	100 %
Stimme	100 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Modell 7)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag jährlich angepasst werden.

1
Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 Prozent. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2
Dabei werden die Versicherungssummen auf das nächste ganzzahlige Vielfache der folgenden Beträge aufgerundet:

- für die Invaliditätsumme und Todesfallsumme sowie bei Reha-Management auf Fünfhundert Euro,
- für die Einmalzahlung bei dauernder Schwerstpflegebedürftigkeit auf Einhundert Euro,
- für die Übergangsleistung, Kurkostenbeihilfe, Bergungs- und Rettungskosten, Soforthilfe bei Krebserkrankung sowie Kosten für kosmetische Operationen auf Fünfzig Euro,
- für die Unfall-Rente, Leistung bei Oberschenkelhalsbruch sowie Sport*Aktiv* auf Fünf Euro,
- für Unfall-Tagegeld, Hilfetagegeld, Unfall-Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld, Krankenhaustagegeld sowie Schulausfallgeld auf 0,50 Euro.

3
Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

4
Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

5
Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, entfällt eine Erhöhung der Invaliditätssumme und somit auch des betreffenden Beitragsanteils.

6
Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

7
Sie und wir können diese Vereinbarung für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA-Modell 3)

1 Was ist versichert?

Werden Sie als Versicherungsnehmer arbeitslos, übernehmen wir für die Zeit der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für einen Zeitraum von 5 Jahren, die Beitragszahlung für diesen Vertrag.

2 Unter welchen Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz?

2.1 Arbeitnehmer/Auszubildende

Die Beitragsbefreiung setzt voraus, dass Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis standen. Eine ge-

ringfügige Beschäftigung gilt nicht als sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis.

2.2 Selbstständig tätige Personen

Eine selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen und ausschließlich dieselbe nicht sozialversicherungspflichtige Tätigkeit in Deutschland ausgeübt haben (Gewerbe oder freier Beruf).
Die Beitragsbefreiung setzt voraus, dass Sie die selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund und nicht nur vorübergehend eingestellt haben und keine andere Tätigkeit gegen Entgelt ausüben.

2.3 Anrechnungszeiten

Folgende Zeiten werden auf die Erfüllung des Zweijahreszeitraums gemäß Ziffer 2.1 und 2.2 dieser Bedingungen angerechnet:
Mutterschutz/Elternzeit, Ausbildungsverhältnisse, Dienstzeit als Zeitsoldat, Bundesfreiwilligendienst.

2.4 Unterbrechung der Arbeitslosigkeit

Wird die Arbeitslosigkeit durch ein neues Arbeitsverhältnis oder eine neue selbstständige Tätigkeit für einen Zeitraum von nicht mehr als drei Monaten unterbrochen, nehmen wir die Beitragsbefreiung ab dem auf den Eintritt der erneuten Arbeitslosigkeit folgenden Monat wieder auf.

3 Was ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit zu beachten?

3.1 Anzeige der Arbeitslosigkeit

Der Anspruch auf Beirtragsbefreiung entsteht ab dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Monat. Die Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

3.2 Nachweis der Arbeitslosigkeit

3.2.1 Arbeitnehmer/Auszubildende

Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit, aus der sich der Beginn der Arbeitslosigkeit ergibt und durch Vorlage der Unterlagen, aus denen sich die Beendigung einschließlich des Beendigungsgrundes des Arbeitsverhältnisses ergibt (z.B. Kündigungsschreiben), nachzuweisen. Der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 2.1 dieser Bedingungen ist durch Bescheinigungen des Arbeitgebers oder im Falle von Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 2.3 durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherren oder der Agentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers lückenlos nachzuweisen.

3.2.2 Selbstständig tätige Personen

Die Arbeitslosigkeit und der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 2.2 sind durch Vorlage von Unterlagen (z.B. Gewerbean-/abmeldung, Steuerbescheide), nachzuweisen. Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 2.3 sind durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherren, der Bundesagentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers als lückenloser Nachweis zu erbringen.

3.3 Kosten für Nachweise

Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.

4 Wann ist die Versicherungsleistung fällig?

Die Beitragsbefreiung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung nötigen Erhebungen fällig.

5 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

5.1
Verletzen Sie eine Obliegenheit nach Ziffer 3.1, 3.2.1 oder 3.2.2 vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

5.2
Die Leistungsfreiheit nach Ziffer 5.1 in Verbindung mit Ziffer 3.1, 3.2.1 und 3.2.2 gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

5.3
Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie den Eintritt der Arbeitslosigkeit vorsätzlich herbeiführen.

6 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitslosigkeit?

Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitslosigkeit jederzeit nachzuprüfen. Zu diesem Zweck können wir bei der Bundesagentur für Arbeit Auskünfte über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit einholen.
Unabhängig hiervon können wir von Ihnen Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit anfordern.

7 Was gilt bei Beendigung der Arbeitslosigkeit?

7.1
Im Falle der Beendigung der Arbeitslosigkeit stellen wir die Beitragsbefreiung zum Ende des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, ein. Die Beitragszahlung ist ab dem folgenden Monat wieder aufzunehmen.

7.2
Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

8 Was gilt, wenn die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz entfallen?

8.1
Endet die sozialversicherungspflichtige oder selbstständige Tätigkeit, weil Sie ein nicht sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis (z.B. Hausfrau/Hausmann) oder eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen, endet auch der Versicherungsschutz.

8.2
Das Ende der sozialversicherungspflichtigen oder selbstständigen Tätigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

8.3
Der Versicherungsschutz endet zudem bei Vollendung Ihres 61. Lebensjahres oder nach insgesamt 5-jähriger Beitragsbefreiung (auch bei mehrmaliger Arbeitslosigkeit).

8.4
Nach Beendigung werden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der Leistungen in der Unfallversicherung verwenden, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

9 Ausschluss der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Sie können die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit zum Ende eines jeden Monats durch eine an uns gerichtete Erklärung ausschließen. Die Erklärung muss uns spätestens einen Monat vor dem gewünschten Ende zugehen. Bezüglich des Beitragsanteils für die ausgeschlossene Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit gilt Ziffer 8.4 dieser Bedingungen entsprechend.

Bedingungen für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA - Modell 7)

1 Was ist versichert?

Werden Sie als Versicherungsnehmer arbeitslos, zahlen wir für die Zeit der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für einen Zeitraum von fünf Jahren, einen monatlichen Betrag bis zu der im Versicherungsschein dokumentierten Höhe zur Tilgung von Zahlungsverpflichtungen aus Dauerschuldverhältnissen gegenüber Versicherungsunternehmen (z.B. Beiträge für Kapital-/Renten-/Risikolebens-/ Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsversicherungen, Wohngebäude-/ Hausrat-/Haftpflichtversicherungen), Finanzdienstleistungsunternehmen (z.B. Sparraten für Sparpläne oder Investment-/Aktienfonds), Bausparkassen (Sparraten), Leasingunternehmen (Leasingraten) und Vermietern für die zu privaten Wohnzwecken gemieteten Wohnräumen inklusive Garagen und Nebenkosten.
Ausgenommen sind Zahlungsverpflichtungen aus Ratenkreditverträgen.

2 Was bedeutet die Wartezeit?

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten. Die Wartezeit rechnet von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns an.
Die Wartezeit bewirkt, dass für den Eintritt der Arbeitslosigkeit während der Wartezeit kein Versicherungsschutz besteht, auch wenn die Dauer der Arbeitslosigkeit über die Wartezeit hinausreicht.

3 Unter welchen Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz?

3.1 Arbeitnehmer/Auszubildende

Die Zahlungsbefreiung setzt voraus, dass Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis standen. Eine geringfügige Beschäftigung gilt nicht als sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis.

3.2 Selbstständig tätige Personen

Eine selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen und ausschließlich dieselbe nicht sozialversicherungspflichtige Tätigkeit in Deutschland ausgeübt haben (Gewerbe oder freier Beruf).
Unsere Leistung bei Arbeitslosigkeit setzt voraus, dass Sie die selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund und nicht nur vorübergehend eingestellt haben und keine andere Tätigkeit gegen Entgelt ausüben.

3.3 Anrechnungszeiten

Folgende Zeiten werden auf die Erfüllung des Zweijahreszeitraums gemäß Ziffer 3.1 und 3.2 dieser Bedingungen angerechnet:
Mutterschutz/Elternzeit, Ausbildungsverhältnisse, Dienstzeit als Zeitsoldat, Bundesfreiwilligendienst (BFD), Jugendfreiwilligendienst (FSJ, FÖJ).

3.4 Unterbrechung der Arbeitslosigkeit

Wird die Arbeitslosigkeit durch ein neues Arbeitsverhältnis oder eine neue selbstständige Tätigkeit für einen Zeitraum von nicht mehr als drei Monaten unterbrochen, erbringen wir die Leistung ab dem auf den Eintritt der erneuten Arbeitslosigkeit folgenden Monat.

4 Was ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit nach Ablauf der Wartezeit zu beachten?

4.1 Anzeige der Arbeitslosigkeit

Der Anspruch auf Zahlungsbefreiung entsteht ab dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Monat. Die Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

4.2 Nachweis der Arbeitslosigkeit

4.2.1 Arbeitnehmer/Auszubildende

Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit, aus der sich der Beginn der Arbeitslosigkeit ergibt und durch Vorlage der Unterlagen, aus denen sich die Beendigung einschließlich des Beendigungsgrundes des Arbeitsverhältnisses ergibt (z.B. Kündigungsschreiben), nachzuweisen. Der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 3.1 dieser Bedingungen ist durch Bescheinigungen des Arbeitgebers oder im Falle von Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 3.3 durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherren oder der Agentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers lückenlos nachzuweisen.

4.2.2 Selbstständig tätige Personen

Die Arbeitslosigkeit und der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 3.2 sind durch Vorlage von Unterlagen (z.B. Gewerbean-/abmeldung, Steuerbescheide), nachzuweisen. Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 3.3 sind durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherren, der Bundesagentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers als lückenloser Nachweis zu erbringen.

4.3 Kosten für Nachweise

Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.

5 Wann ist die Versicherungsleistung fällig?

Die Zahlungsbefreiung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung nötigen Erhebungen fällig.

6 Wie erfolgt die Zahlung?

Wir zahlen direkt an den oder die von Ihnen genannten Gläubiger. Die Zahlung erfolgt per Überweisung.

7 In welchem Fall ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

7.1
Verletzen Sie eine Obliegenheit nach Ziffer 4.1, 4.2.1 oder 4.2.2 vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

7.2
Die Leistungsfreiheit nach Ziffer 7.1 in Verbindung mit Ziffer 4.1, 4.2.1 und 4.2.2 gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

7.3
Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie den Eintritt der Arbeitslosigkeit vorsätzlich herbeiführen.

8 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitslosigkeit?

Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitslosigkeit jederzeit nachzuprüfen. Zu diesem Zweck können wir bei der Bundesagentur für Arbeit Auskünfte über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit einholen.
Unabhängig hiervon können wir von Ihnen Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit anfordern.

9 Was gilt bei Beendigung der Arbeitslosigkeit?

9.1
Im Falle der Beendigung der Arbeitslosigkeit stellen wir die Leistung zum Ende des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, ein.

9.2
Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

10 Was gilt, wenn die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz entfallen?

10.1
Endet die sozialversicherungspflichtige oder selbstständige Tätigkeit, weil Sie ein nicht sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis (z.B. Hausfrau/Hausmann) oder eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen, endet auch der Versicherungsschutz.

10.2
Das Ende der sozialversicherungspflichtigen oder selbstständigen Tätigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

10.3
Der Versicherungsschutz endet zudem bei Vollendung Ihres 61. Lebensjahres oder nach insgesamt 5-jähriger Zahlungsbefreiung (auch bei mehrmaliger Arbeitslosigkeit).

10.4
Nach Beendigung werden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der Leistungen in der Unfallversicherung verwenden, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

11 Ausschluss der Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Sie können die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit zum Ende eines jeden Monats durch eine an uns gerichtete Erklärung ausschließen. Die Erklärung muss uns spätestens einen Monat vor dem gewünschten Ende zugehen.
Bezüglich des Beitragsanteils für die ausgeschlossene Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit gilt Ziffer 10.4 dieser Bedingungen entsprechend.

12 Ausschluss des Zuwachses von Leistung und Beitrag

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.