Stuttgarter Versicherung AG

Vertragsunterlagen zur Unfallversicherung

Inhaltsübersicht:

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Produktinformationsblatt für die Unfallversicherung

Verbraucherinformation für die Unfallversicherung

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen
(AUB 2017 - Fassung 01.01.2017)

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen
in die Unfallversicherung

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für
Heilberufe

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades
(XL-Gliedertaxe)

GUV STD 02/2018

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstraße 120 I 70197 Stuttgart I Postanschrift: 70135 Stuttgart I Tel. +49 711 665-63 I Fax +49 711 665-1516
www.stuttgarter.de I info@stuttgarter.de I USt-IdNr.: DE 147 802 293 I Sitz: Stuttgart I Registergericht: Stuttgart HRB 21035
Landesbank Baden-Württemberg I IBAN: DE13 6005 0101 0001 3720 81 I BIC: SOLADEST600
Vorstand: Frank Karsten (V.), Dr. Wolfgang Fischer, Ralf Berndt, Martin Kübler, Dr. Guido Bader I Vorsitzender des Aufsichtsrates: Anton Wittl

Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Stuttgarter Versicherung AG Deutschland

Produkt: Unfall

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Verbraucherinformation und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.

Was ist versichert?

✔ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z.B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht, oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

✔ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen)
✔ Lebenslange Unfall-Rente bei dauerhaft schwereren Beeinträchtigungen
✔ Unfalltod
✔ Unfall-Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen
✔ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze

Dienstleistungen

✔ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem Unfall (z.B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe)
✔ Reha-Management

Neben den genannten Leistungsarten können weitere vereinbart werden.
Die Höhe der vereinbarten Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein und den Vertragsunterlagen.

Was ist nicht versichert?

✗ Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z.B. Diabetes, Gelenkserkrankungen)

✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung)

✗ Sieht eine Leistungsart eine Wartezeit vor, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

! Unfälle durch Drogenkonsum

! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat

! Bandscheibenschäden

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.

Wo bin ich versichert?

✔ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

— Sie und die versicherte Person müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten
— Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen
— Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir prüfen können, ob eine Anpassung des Vertrages erforderlich ist
— Nach einem Versicherungsfall müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten
— Todesfälle sind uns innerhalb von 21 Tagen zu melden.

GUV STD 02/2018

Wann und wie zahle ich?
Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind von Ihnen jeweils zum Beginn des Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen. Wenn Sie uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen, müssen Sie dafür sorgen, dass dieser Betrag auf Ihrem Konto verfügbar ist.

Wann beginnt und endet die Deckung?
Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag (Einlösungsbeitrag) rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen. Bei einer Vertragsdauer von unter einem Jahr endet der Vertrag ohne Kündigung mit dem Ablauf der Vertragsdauer. Beim Tarif Unfallvorsorge *aktiv* endet der Versicherungsschutz spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?
Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Produktinformationsblatt für die Unfallversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über Ihre Unfallversicherung. Die Information ist deshalb nicht vollständig. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie sich bitte alle unter Ziffer 1 dieses Produktinformationsblatts genannten Unterlagen durch.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an? Welches sind die Grundlagen der Versicherung?
Wir bieten Ihnen eine Unfallversicherung an. Die Grundlagen sind:
- der Versicherungsantrag,
- die Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017 - Fassung 01.01.2017) und gegebenenfalls weitere Bedingungen, Besondere Bedingungen und Vereinbarungen und
- der Versicherungsschein.

2. Was ist versichert?
Versichert sind Unfälle, die der versicherten Person zustoßen.

a) Was ist ein Unfall?
Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Keine Unfälle dagegen sind Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen).

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 1 der AUB 2017.

b) Was leisten wir?
Ihre Unfallversicherung bietet verschiedene Leistungsarten. Die beiden wichtigsten beschreiben wir hier:

Wenn die versicherte Person durch einen Unfall dauerhafte Beeinträchtigungen erleidet (z. B. Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen), zahlen wir je nach Vereinbarung eine Invaliditätsleistung als einmaligen Betrag und/oder als Unfall-Rente. Die Leistungen richten sich nach den vereinbarten Summen und der Schwere der Beeinträchtigung.

Zusätzlich kann, neben anderen Leistungsarten, z. B. auch die Erbringung von Hilfeleistungen nach einem Unfall mitversichert werden. Erleidet die versicherte Person einen Unfall und benötigt deshalb zu Hause Hilfe, unterstützen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 2 der AUB 2017.

3. Wie hoch ist der Beitrag für Ihre Versicherung und wann müssen Sie ihn zahlen? Was geschieht, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen?
Angaben zur Höhe und zur Zahlungsweise Ihres Beitrags, zum Versicherungsbeginn und zur Vertragslaufzeit finden Sie im Antrag.

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum Beginn des Beitragszahlungsabschnitts zu zahlen. Wenn Sie uns ermächtigt haben, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat), müssen Sie dafür sorgen, dass dieser Beitrag auf Ihrem Konto verfügbar ist.

Wenn Sie einen Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, können Sie ohne Versicherungsschutz sein.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag und den Ziffern 10 und 11 der AUB 2017.

4. Welche Ausschlüsse und Leistungseinschränkungen gelten?
Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:
- Unfälle durch Drogenkonsum,
- Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat,
- Bandscheibenschäden.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe entnehmen Sie bitte Ziffer 5 der AUB 2017.

Soweit Unfallfolgen durch Krankheiten verstärkt worden sind, kann es zu Leistungskürzungen kommen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 3 der AUB 2017.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss? Welche Folgen kann es haben, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die Fragen im Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Anderenfalls können wir uns vorzeitig vom Vertrag lösen, und Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 13 der AUB 2017.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit? Welche Folgen kann es haben, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Die Berufstätigkeit hat Einfluss auf das Unfallrisiko und damit auf die Höhe des Versicherungsbeitrags. Einen Berufswechsel müssen Sie uns deshalb so bald wie möglich anzeigen, damit wir prüfen können, ob eine Anpassung des Vertrages erforderlich ist. Anderenfalls kann es zu einer Kürzung der Leistungen kommen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 6.1 der AUB 2017.

7. Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall? Welche Folgen kann es haben, wenn diese Pflichten verletzt werden?

Nach einem Unfall müssen Sie oder die versicherte Person bestimmte Verhaltensregeln beachten, z. B.:

Es muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht werden.
Sie müssen uns sofort über den Unfall informieren.
Todesfälle sind uns innerhalb von 21 Tagen zu melden.

Anderenfalls können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 7 und 8 der AUB 2017.

8. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz und wann endet er?

Den beantragten Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag. Einen gegebenenfalls abweichenden Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein. Voraussetzung für den Beginn ist in jedem Fall, dass Sie den Erstbeitrag (Einlösungsbeitrag) rechtzeitig bezahlen. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr endet der Versicherungsschutz zum Ablauf des Versicherungsjahres, wenn Sie oder wir den Vertrag rechtzeitig kündigen (Ziffer 9 dieses Produktinformationsblatts). Bei einer Vertragsdauer von unter einem Jahr endet der Versicherungsschutz ohne Kündigung mit dem Ablauf der Vertragsdauer.

9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Sie oder wir können den Vertrag in folgenden Fällen durch Kündigung beenden:

zum Ablauf des Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer (ordentliche Kündigung, spätestens drei Monate vor Ablauf). Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen.
wenn wir eine Leistung erbracht haben oder Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben (außerordentliche Kündigung, spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits).

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 10 der AUB 2017.

Verbraucherinformation für die Unfallversicherung

Die Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) sind in dieser Verbraucherinformation, in dem Produktinformationsblatt, in den Versicherungsbedingungen und im Antrag enthalten.

Informationen zum Versicherer

Name, Anschrift, Rechtsform, Sitz und Registergericht des Versicherers
Ihr Vertragspartner ist die Stuttgarter Versicherung AG mit Sitz in 70197 Stuttgart, Rotebühlstr. 120, Bundesrepublik Deutschland.
Die Stuttgarter Versicherung AG besteht in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (AG). Sitz und Registergericht Stuttgart HRB 21035.

Vertretung
Die Stuttgarter Versicherung AG wird vertreten durch den Vorstand Frank Karsten (Vorsitzender), Dr. Wolfgang Fischer, Ralf Berndt, Martin Kübler und Dr. Guido Bader.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers
Die Stuttgarter Versicherung AG betreibt das Unfall-, Sach- und Haftpflichtversicherungsgeschäft sowie das Krankheitskosten-Zusatzversicherungsgeschäft.

Informationen zur angebotenen Leistung

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen
Es gelten die folgenden Bedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen:

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017)
Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung
Bei Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung:
die Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung
Bei einer Freizeit-Unfallversicherung nach Tarif 063/263:
die Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle
Bei einer Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe (Gesundheitswesen):
die Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe
Bei einer Unfallversicherung mit besonderer Bemessung des Invaliditätsgrades:
die Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades (XL-Gliedertaxe)

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers
Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen finden Sie im Antrag und in den Ziffern 2 und 9 - 11 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017). Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Angaben Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Gesamtpreis (Beitrag) der Versicherung
Angaben über die Beitragshöhe der Versicherung finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Beitragshöhe Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Zusätzliche Gebühren
Welche Gebühren aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen fällig werden und wie hoch diese sind, finden Sie in Ziffer 18 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017).

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrags
Angaben hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung Ihres Beitrags finden Sie in Ziffer 11 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017). Die Zahlungsweise Ihres Beitrags können Sie dem Antrag entnehmen. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie die Angaben zur Zahlungsweise in Ihrem Versicherungsschein.

Informationen zum Vertrag

Zu Stande kommen des Vertrags
Ihr Vertrag kommt zu Stande, wenn wir die Annahme Ihres Antrags, in der Regel durch Aushändigung des Versicherungsscheins, erklärt haben. Angaben zum Versicherungsbeginn finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie den Versicherungsbeginn in Ihrem Versicherungsschein. Angaben zum Beginn des Versicherungsschutzes können Sie der Ziffer 10 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017) entnehmen.

Widerrufsrecht und -folgen

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und die Widerrufsbelehrung jeweils in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Stuttgarter Versicherung AG, Rotebühlstr. 120, 70197 Stuttgart oder an die zuständige Generalagentur.

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge (Prämien im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes), wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von:

1/30 des Monatsbeitrags pro Tag bzw.
1/90 des Vierteljahresbeitrags pro Tag bzw.
1/180 des Halbjahresbeitrags pro Tag bzw.
1/360 des Jahresbeitrags pro Tag.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise
Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ist die Widerrufsbelehrung unterblieben, erstatten wir Ihnen die für das erste Jahr gezahlten Beiträge. Dies gilt nicht, wenn Sie bereits Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Laufzeit Ihres Vertrags
Angaben über die Laufzeit Ihres Vertrags finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Laufzeit Ihres Vertrags Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Beendigung des Vertrags, insbesondere vertragliche Kündigungsbedingungen
Die vertraglichen Kündigungsbedingungen finden Sie in Ziffer 10 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017).

Anwendbares Recht vor Abschluss und während des Versicherungsvertrags
Die vorvertraglichen und vertraglichen Beziehungen richten sich nach deutschem Recht.

Zuständiges Gericht
Angaben zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 15 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017).

Vertragssprache für Ihren Versicherungsvertrag
Die Vertragssprache und die Sprache, in der die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt, ist ausschließlich deutsch.

Informationen zum Rechtsweg

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag haben oder eine Beratung wünschen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, bitten wir Sie, diese zunächst an uns zu richten. Unsere E-Mail-Adresse lautet: info@stuttgarter.de

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten
Die Stuttgarter Versicherung AG ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Leipziger Str. 121, 10117 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de. Sie können damit zusätzlich formlos das für Sie kostenlose, außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren in Anspruch nehmen. Ihre Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt durch die Inanspruchnahme des außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahrens unberührt.

Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde
Sie können sich jedoch auch kostenlos und formlos an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, wenden. Bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht handelt es sich um die zuständige Aufsichtsbehörde.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017 - Fassung 01.01.2017)

Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen, Besondere Bedingungen und Vereinbarungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

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

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre Stuttgarter Versicherung AG

Wer ist wer?

Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz
1.2 Geltungsbereich
1.3 Unfallbegriff
1.4 Erweiterter Unfallbegriff
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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
2.11 Familienhilfe Plus für Erwachsene
2.12 Sport*Aktiv*
2.13 Reha-Management
2.14 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (Modell Zahn)
2.15 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen
2.16 Einmalzahlung bei dauernder Pflegebedürftigkeit
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 Einmalzahlung bei bestimmten Krebserkrankungen (Modell 4)
2.25 Einmalzahlung bei bestimmten Organschäden
2.26 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch
Vorsorge-Unfallversicherung:
2.27 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Partner

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen
3.2 Mitwirkung

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen
4.2 Erlöschen des Versicherungsschutzes
4.3 Rückzahlung der Beiträge

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

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

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
6.2 Umstellung des Kinder-Tarifs
6.3 Umstellung des Erwachsenentarifs in den Seniorentarif nach Vollendung des 67. Lebensjahres
6.4 Umstellung des Seniorentarifs in den Tarif für Personen ab 80 Jahre nach Vollendung des 80. Lebensjahres

Der Leistungsfall

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
9.2 Fälligkeit der Leistung
9.3 Vorschüsse
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
10.2 Dauer und Ende des Vertrags
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
10.4 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
13.4 Anfechtung
13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung
14.2 Aussetzung der Verjährung

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 besonderen Kosten stellen wir Ihnen zusätzlich in Rechnung?

Gebührenbestimmungen

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags weltweit.

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 sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder durch Eigenbewegung
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
  Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
  Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.
- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche zuzieht. Der Ausschluss für Bauch- oder Unterleibsbrüche nach Ziffer 5.2.8 gilt hierfür nicht.

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

1.4.1.1
Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Eine Eigenbewegung liegt vor, wenn eine Bewegung planmäßig, beherrschbar, vollständig willensgesteuert und ohne Einwirkung von außen ausgeführt wird und die versicherte Person dabei ungewollt eine Körperschädigung erleidet.

1.4.1.2
Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person durch eine Eigenbewegung ereignet, sind unsere Leistungen auf insgesamt 15.000 Euro begrenzt.

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 (z. B. Caissonkrankheit) 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 (Caissonkrankheit) 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

Versicherungsschutz besteht auch bei Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe, wenn die versicherte Person unfreiwillig den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe ausgesetzt war.

1.4.10 Gesundheitsschädigungen durch Impfungen

Als Unfallfolge gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Impfungen, wenn der Impfschaden frühestens 1 Monat nach Beginn der Versicherung und spätestens 1 Monat nach der Beendigung der Versicherung eintritt.

1.4.11 Insektenstiche/-bisse, Allergische Reaktionen

Versicherungsschutz besteht auch für nicht infektionsbedingte Gesundheitsschäden einschließlich allergischer Reaktionen infolge von
- Insektenstiche-/bisse,
- anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen.

1.4.12 Psychologische Hilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, aufgrund ärztlicher Anordnung psychologische Betreuung, übernehmen wir die Kosten für die ersten 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 auf 1.000 Euro begrenzt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.2.7 gilt hierfür nicht.

1.4.13 Herzinfarkt, Schlaganfall als Unfallfolge

Als Unfallfolge gelten auch Gesundheitsschäden durch Herzinfarkt oder Schlaganfall, wenn diese innerhalb von einer Stunde nach einem Unfall eintreten.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

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

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

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

Leistungsarten bei Unfall:

2.1 Invaliditätsabsicherung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

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

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist
innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

Nur in Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung, sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

2.1.2.1
Der Invaliditätsgrad richtet sich
nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile, Organe oder Sinnesorgane dort genannt sind,
ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2 Gliedertaxe

2.1.2.2.1
Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile, Organe oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten 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 %
ein Lungenflügel	50 %
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 der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

Auf Ihren Wunsch kann die Bemessung des Invaliditätsgrades für die in der Gliedertaxe genannten Organe Milz, Niere und Lungenflügel auch nach Ziffer 2.1.2.2.2 erfolgen.

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile, Organe oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent). Diese 7 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile, Organe oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile, Organe oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade,

die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.
Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.1.3 Invaliditätsleistung als Einmalzahlung

2.1.3.1
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3.

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

die vereinbarte Versicherungssumme (Invaliditäts-Grundsumme) und
der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.3.2 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 225

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 225 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erhöht sich die Invaliditätsleistung erst ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

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

2.1.3.3 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 300

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 300 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erhöht sich die Invaliditätsleistung erst ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus Vers.-Summe%	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus Vers.-Summe%	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus Vers.-Summe%
26	28	51	104	76	204
27	31	52	108	77	208
28	34	53	112	78	212
29	37	54	116	79	216
30	40	55	120	80	220
31	43	56	124	81	224
32	46	57	128	82	228
33	49	58	132	83	232
34	52	59	136	84	236
35	55	60	140	85	240
36	58	61	144	86	244
37	61	62	148	87	248
38	64	63	152	88	252
39	67	64	156	89	256
40	70	65	160	90	260
41	73	66	164	91	264
42	76	67	168	92	268
43	79	68	172	93	272
44	82	69	176	94	276
45	85	70	180	95	280
46	88	71	184	96	284
47	91	72	188	97	288
48	94	73	192	98	292
49	97	74	196	99	296
50	100	75	200	100	300

2.1.3.4 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 350

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 350 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erhöht sich die Invaliditätsleistung erst ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

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

2.1.3.5 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 500

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 500 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erhöht sich die Invaliditätsleistung erst ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

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

2.1.3.6 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 1000

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 1000 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erhöht sich die Invaliditätsleistung erst ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

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

2.1.3.7 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent

Sofern Sie mit uns die Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 70 Prozent und

der Unfall hat sich vor Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3.

Höhe der Leistung:
Wir zahlen insgesamt die dreifache Invaliditätsleistung. Die über die einfache Invaliditätsleistung hinausgehende Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf 150.000 Euro beschränkt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 100 Prozent zahlen wir eine Invaliditätsleistung von 250.000 Euro.

2.1.3.8 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

Sofern Sie mit uns die Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 90 Prozent und

der Unfall hat sich vor Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3.

Höhe der Leistung:
Wir zahlen insgesamt die doppelte Invaliditätsleistung. Die über die einfache Invaliditätsleistung hinausgehende Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf 150.000 Euro beschränkt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 100 Prozent zahlen wir eine Invaliditätsleistung von 250.000 Euro.

2.1.3.9 Invaliditätsleistung bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent

Sofern Sie mit uns die Invaliditätsleistung bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent vereinbart haben, erbringen wir unter folgender Voraussetzung eine Leistung:

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mehr als 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 60 Prozent zahlen wir eine Invaliditätsleistung von 60.000 Euro.

2.1.3.10 Invaliditätsleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent

Sofern Sie mit uns die Invaliditätsleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent vereinbart haben, erbringen wir unter folgender Voraussetzung eine Leistung:

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 60 Prozent zahlen wir eine Invaliditätsleistung von 60.000 Euro.

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

2.1.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.1.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in folgender Höhe:
Bei einem Invaliditätsgrad

von mindestens 50 Prozent die vereinbarte Grundrente,

von mindestens 90 Prozent die doppelte Grundrente, sofern ausdrücklich vereinbart.

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
Wir zahlen die Unfall-Rente

rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach

monatlich im Voraus.

2.1.4.3.2
Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des dritten Monats, in dem

die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, aber vor Ablauf von 10 Jahren Rentenbezug (vom Unfallmonat an gerechnet), zahlen wir die Unfall-Rente so lange weiter, bis 10 Jahre Rentenbezug erreicht sind oder

wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

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

2.1.5 Unfall-Rente 50PLUS (Modell 97)

2.1.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.1.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in folgender Höhe:
Bei einem Invaliditätsgrad

von mindestens 50 Prozent die vereinbarte Grundrente,

von mindestens 90 Prozent die doppelte Grundrente,

von 100 Prozent die dreifache Grundrente.

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

50 PLUS ist eine eingetragene Marke der DIREKTE LEBEN Versicherung AG

2.1.5.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.1.5.3.1
Wir zahlen die Unfall-Rente
rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
monatlich im Voraus.

2.1.5.3.2
Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des dritten Monats, in dem
die versicherte Person stirbt, oder
wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

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

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 80. 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 vollendeten 80. Lebensjahr, höchstens jedoch 120 vereinbarte monatliche Unfall-Renten.

2.2 Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1
Die versicherte Person ist unfallbedingt
im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit

a) zu mindestens 100 Prozent beeinträchtigt, und die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als drei Monate an.
b) zu mindestens 50 Prozent beeinträchtigt, und die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als sechs Monate an.

Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

2.2.1.2
Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen.
Nur in Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

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

Wir zahlen die Übergangsleistung im Falle der Ziffer 2.2.1.1 a) zur Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme. Im Falle der Ziffer 2.2.1.1 b) zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Falls eine Leistung nach Ziffer 2.2.1.1 a) bereits erbracht wurde, wird diese auf die Leistung nach Ziffer 2.2.1.1 b) angerechnet.

2.3 Unfall-Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt
in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
die vereinbarte Versicherungssumme und
der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

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

Das Unfall-Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

<u>Beispiel:</u> Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent zahlen wir das vereinbarte Unfall-Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 Prozent zahlen wir die Hälfte des Unfall-Tagegelds.

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

2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person
- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Dazu zählt auch die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (sogenannte gemischte Institute).
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens fünf Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

2.4.2.1
Wir zahlen das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld
- für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung, längstens jedoch für fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls.
  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 fünf Jahre begrenzt.
- einmal je Unfall für sieben Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.4.2.2 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.

2.4.2.3 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 zwei 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.

2.4.2.4 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
- wurde aus der vollstationären Behandlung entlassen und
- hatte Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Unfall-Krankenhaustagegeld zahlen, längstens für 750 Tage ab dem Tag des Unfalls.

Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthalts an den Unfallfolgen verstirbt.

2.6 Unfalltod (Todesfallleistung)

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- innerhalb des zweiten Jahres nach dem Unfall und es ist bis dahin noch keine Invalidität eingetreten.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

Bis zu einem Betrag von 20.000 Euro bleiben die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 (Unfälle durch 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.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

2.6.2.1
Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.2.2 Dreifache Todesfallleistung bei Unfalltod von Eltern

Wir zahlen die dreifache Todesfallleistung, maximal 100.000 Euro, wenn Eltern, die zum Zeitpunkt des Unfalls beide bei unserer Gesellschaft durch eine Unfallversicherung versichert waren und aufgrund Unfalltod wegen desselben Unfalls
- mindestens ein minderjähriges leibliches Kind oder Adoptivkind hinterlassen und
- den hinterbliebenen Kindern die versicherte Todesfallleistung zusteht.

2.7 Schulausfallgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.7.1.1
Kann das versicherte Kind unfallbedingt nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen, wird das 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

Wir zahlen das vereinbarte Schulausfallgeld für jeden unfallbedingten Schulausfalltag, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

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 Voraussetzungen für die Leistung

2.8.1.1
Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten
- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer

entstanden.

2.8.1.2
Zudem ersetzen wir nach einem Unfall der versicherten Person folgende weitere Kosten:

- 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,
- bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden angemessenen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person,
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz,
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland bis zu 5.000 Euro oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.8.1.3
Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

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

2.9 Ambulante Hilfeleistungen

2.9.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.9.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall

Ist die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und benötigt deshalb zu Hause Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfebedürftigkeit), erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.9.3.

2.9.1.2 Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades des Versicherten

Hat die versicherte Person einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage, werden die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.9.3 auch für diese Person erbracht, sofern sie benötigt werden. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades der versicherten Person.

Voraussetzung für die Leistung ist,

- dass der Angehörige mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und
- für den Angehörigen eine anerkannte Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) besteht.

2.9.1.3 Hilfe bei Unfalltod

Stirbt die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, haben der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie deren im selben Haushalt lebenden Kinder Anspruch auf psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.9.4.

2.9.1.4
Die Hilfeleistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister ausschließlich in Deutschland erbracht.

2.9.2 Bedarfsermittlung, Umfang und Dauer der Leistungen

2.9.2.1 Bedarfsermittlung, Erstgespräch

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit. In einem telefonischen Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. deren Angehörigen/Betreuern und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird der durch den Versicherungsfall entstandene, individuelle Bedarf an Hilfeleistungen festgestellt.

2.9.2.2
Bei Hilfeleistungen, die eine Vermittlung von Leistungen vorsehen, werden - bis auf die Vermittlungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.9.2.3
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. Sollte sich im Rahmen der Leistungsprüfung 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 Hilfeleistungen, die für bis zu sechs Monate ab dem Tag des Unfalls erbracht werden:

2.9.3.1.1 Hausnotruf

Sofern die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger versorgt, über die der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist.

Die Kosten für die Anlage, deren Einrichtung und die laufenden Kosten tragen wir. Die Kosten für den Abbau der Anlage tragen wir, wenn er bis zum Ablauf von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls durchgeführt wird.

2.9.3.1.2 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 des Dienstleisters ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

2.9.3.1.3 Einkäufe und Besorgungen

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

2.9.3.1.4 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Ist der Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich, 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 deren Wohnort.

2.9.3.1.5 Reinigung der Wohnung

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

2.9.3.1.6 Wäsche und Kleidung

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

2.9.3.2 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls einmalig erbracht werden:

2.9.3.2.1 Pflegeschulung für Angehörige

Wird die versicherte Person von Angehörigen gepflegt, werden diese für die tägliche Pflege geschult.

2.9.3.2.2 Pflegeberatung durch den Dienstleister

Stehen der versicherten Person Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zu, wird sie bzw. deren Angehörige/Betreuer über die in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.9.3.2.3 Tag- und Nachtwache

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

2.9.3.2.4 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Werden Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen oder Rollstuhl erforderlich, erfolgt eine Beratung bei der Auswahl und die Vermittlung der Pflegehilfsmittel.

2.9.3.2.5 Vermittlung einer Haustierbetreuung

Müssen Haustiere der versicherten Person betreut werden, wird eine bedarfsgerechte Betreuung vermittelt. Dies gilt nur für gewöhnliche Haustiere wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische und nicht für Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.9.3.2.6 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

Benötigt die versicherte Person bei der Pflege des Gartens oder bei Schneeräumarbeiten Unterstützung, wird entsprechende Hilfe vermittelt.

2.9.3.2.7 Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz

Wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der versicherten Person erforderlich, wird diese vermittelt.

2.9.3.2.8 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.

2.9.3.3 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls für bis zu vier Wochen erbracht werden:

2.9.3.3.1 Grundpflege

Die versicherte Person erhält zu Hause für bis zu 21 Stunden pro Woche eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

- Waschen des Oberkörpers,
- Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren),
- Waschen des Intimbereichs,
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
- An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers,
- Hilfe beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,
- Hilfe beim Essen und Trinken,
- Hilfe bei der Krankengymnastik,
- Positionswechsel im Bett.

Werden bereits einzelne Leistungen im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung erbracht, besteht für die Erbringung der entsprechenden Leistungen aus der Grundpflege kein Anspruch.

2.9.4 Psychosoziale Betreuung

Stirbt die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, erhalten der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie deren im selben Haushalt lebenden Kinder psychosoziale Betreuung für bis zu 3 Stunden in der Woche, maximal für vier Wochen, gerechnet ab dem unfallbedingten Sterbetag.

2.9.5 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode 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 wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent gesenkt wird, verpflichten wir uns, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

2.10 Familienhilfe Plus für Kinder

2.10.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.10.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall

Ist das versicherte Kind durch den Unfall in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und benötigt deshalb zu Hause Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfebedürftigkeit) oder die Familie benötigt wegen bzw. für die erforderliche Versorgung dieses Kindes im Haushalt Hilfe, erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.4.

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 die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.4. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind durch die Erkrankung in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass es bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf 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

Stirbt das versicherte Kind infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, haben die Familienmitglieder Anspruch auf psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.10.5.

2.10.1.4
Die Hilfeleistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister ausschließlich in 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 Bedarfsermittlung, Umfang und Dauer der Leistungen

2.10.3.1 Bedarfsermittlung, Erstgespräch

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit. In einem telefonischen Erstgespräch mit den Erziehungsberechtigten, gegebenenfalls unter Einbeziehung des versicherten Kindes und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird der durch den Versicherungsfall entstandene, individuelle Bedarf an Hilfeleistungen festgestellt.

2.10.3.2
Bei Hilfeleistungen, die eine Vermittlung von Leistungen vorsehen, werden - bis auf die Vermittlungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.10.3.3
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. Sollte sich im Rahmen der Leistungsprüfung 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 Hilfeleistungen, die für bis zu sechs Monate ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.10.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, erbracht werden:

2.10.4.1.1 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 des Dienstleisters 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 Euro täglich pro Person und Mahlzeit.

2.10.4.1.2 Einkäufe und Besorgungen

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

2.10.4.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Ist der Besuch des versicherten Kindes bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich, 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 dessen Wohnort.

2.10.4.1.4 Reinigung der Wohnung

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

2.10.4.1.5 Wäsche und Kleidung

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

2.10.4.2 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.10.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, einmalig erbracht werden:

2.10.4.2.1 Pflegeschulung für Angehörige

Wird das versicherte Kind von Angehörigen gepflegt, werden diese für die tägliche Pflege geschult.

2.10.4.2.2 Pflegeberatung durch den Dienstleister

Stehen dem versicherten Kind Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zu, werden seine Erziehungsberechtigten über die in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.10.4.2.3 Tag- und Nachtwache

Kehrt das versicherte Kind
- nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bzw. einer unfallbedingten ambulanten Operation oder
- nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten Operation wegen einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.10.1.2

nach Hause zurück und muss aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält es nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache. Diese Leistung wird für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

2.10.4.2.4 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Werden Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen oder Rollstuhl erforderlich, erfolgt eine Beratung bei der Auswahl und die Vermittlung der Pflegehilfsmittel.

2.10.4.2.5 Vermittlung einer Haustierbetreuung

Müssen Haustiere des versicherten Kindes bzw. dessen Familienmitglieder betreut werden, wird eine bedarfsgerechte Betreuung vermittelt. Dies gilt nur für gewöhnliche Haustiere wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische und nicht für Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.10.4.2.6 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

Benötigt die Familie des versicherten Kindes wegen der erforderlichen Versorgung des Kindes Unterstützung bei der Pflege des Gartens oder bei Schneeräumarbeiten, wird entsprechende Hilfe vermittelt.

2.10.4.2.7 Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz

Wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der Familie des versicherten Kindes erforderlich, wird diese vermittelt.

2.10.4.3 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.10.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, für bis zu vier Wochen erbracht werden:

2.10.4.3.1 Grundpflege

Das versicherte Kind erhält zu Hause für bis zu 21 Stunden pro Woche eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:
- Waschen des Oberkörpers,
- Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren),
- Waschen des Intimbereichs,
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
- An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers,
- Hilfe beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,
- Hilfe beim Essen und Trinken,
- Hilfe bei der Krankengymnastik,
- Positionswechsel im Bett.

Werden bereits einzelne Leistungen im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung erbracht, besteht für die Erbringung der entsprechenden Leistungen aus der Grundpflege kein Anspruch.

2.10.4.3.2 Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege)

An Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Tag- und Nachtwache sowie Grundpflege können Sie für das versicherte Kind und seine minderjährigen Geschwister eine Familienbetreuung für bis zu 8 Stunden täglich in Anspruch nehmen. 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 Unterstützung bei 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.

2.10.5 Psychosoziale Betreuung

Stirbt das versicherte Kind infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, erhalten die Familienmitglieder psychosoziale Betreuung für bis zu 3 Stunden in der Woche, maximal für vier Wochen, gerechnet ab dem unfallbedingten Sterbetag.

2.10.6 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode 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 wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent gesenkt wird, verpflichten wir uns, den Beitrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode 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

Ist die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und benötigt deshalb zu Hause Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfebedürftigkeit), erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.11.4.

2.11.1.2 Hilfebedürftigkeit durch eine schwere Erkrankung

Sofern in diesem Vertrag für die versicherte Person die Leistung "Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung", “Einmalzahlung bei bestimmten Krebserkrankungen” oder “Einmalzahlung bei bestimmten Organschäden” mitversichert ist und hieraus ein Leistungsanspruch entsteht, erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.11.4. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person durch die Erkrankung in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe benötigt.

2.11.1.3 Hilfe bei Unfalltod

Stirbt die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, haben die Familienmitglieder Anspruch auf Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege) nach Ziffer 2.11.4.3 und psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.11.6.

2.11.1.4
Die Hilfeleistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister ausschließlich in 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 Bedarfsermittlung, Umfang und Dauer der Leistungen

2.11.3.1 Bedarfsermittlung, Erstgespräch

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit. In einem telefonischen Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. deren Angehörigen/Betreuern und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird der durch den Versicherungsfall entstandene, individuelle Bedarf an Hilfeleistungen festgestellt.

2.11.3.2
Bei Hilfeleistungen, die eine Vermittlung von Leistungen vorsehen, werden - bis auf die Vermittlungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.11.3.3
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. Sollte sich im Rahmen der Leistungsprüfung 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 Hilfeleistungen, die für bis zu sechs Monate ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer schweren Erkrankung nach Ziffer 2.11.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, erbracht werden:

2.11.4.1.1 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 des Dienstleisters 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 Euro täglich pro Person und Mahlzeit.

2.11.4.1.2 Einkäufe und Besorgungen

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

2.11.4.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Ist der Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich, 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 deren Wohnort.

2.11.4.1.4 Reinigung der Wohnung

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

2.11.4.1.5 Wäsche und Kleidung

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

2.11.4.2 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer schweren Erkrankung nach Ziffer 2.11.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, einmalig erbracht werden:

2.11.4.2.1 Pflegeschulung für Angehörige

Wird die versicherte Person von Angehörigen gepflegt, werden diese für die tägliche Pflege geschult.

2.11.4.2.2 Pflegeberatung durch den Dienstleister

Stehen der versicherten Person Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zu, wird sie bzw. deren Angehörige/Betreuer über die in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.11.4.2.3 Tag- und Nachtwache

Kehrt die versicherte Person
- nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bzw. einer unfallbedingten ambulanten Operation oder
- nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten Operation wegen einer schweren Erkrankung nach Ziffer 2.11.1.2

nach Hause zurück und muss aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache. Diese Leistung wird für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

2.11.4.2.4 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Werden Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen oder Rollstuhl erforderlich, erfolgt eine Beratung bei der Auswahl und die Vermittlung der Pflegehilfsmittel.

2.11.4.2.5 Vermittlung einer Haustierbetreuung

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

2.11.4.2.6 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

Benötigt die versicherte Person bzw. deren Familienmitglieder bei der Pflege des Gartens oder bei Schneeräumarbeiten Unterstützung, wird entsprechende Hilfe vermittelt.

2.11.4.2.7 Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz

Wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der versicherten Person erforderlich, wird diese vermittelt.

2.11.4.2.8 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.

2.11.4.3 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer schweren Erkrankung nach Ziffer 2.11.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, für bis zu vier Wochen erbracht werden:

2.11.4.3.1 Grundpflege

Die versicherte Person erhält zu Hause für bis zu 21 Stunden pro Woche eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:
- Waschen des Oberkörpers,
- Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren),
- Waschen des Intimbereichs,
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
- An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers,
- Hilfe beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,
- Hilfe beim Essen und Trinken,
- Hilfe bei der Krankengymnastik,
- Positionswechsel im Bett.

Werden bereits einzelne Leistungen im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung erbracht, besteht für die Erbringung der entsprechenden Leistungen aus der Grundpflege kein Anspruch.

2.11.4.3.2 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 derart beeinträchtigt sind, dass sie bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen, können Sie an Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Tag- und Nachtwache, Grundpflege sowie Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder eine Familienbetreuung für bis zu 8 Stunden täglich in Anspruch nehmen. 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.

2.11.5 Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder

Ist die versicherte Person durch den Versicherungsfall ganz oder teilweise außerstande, die Betreuung des von ihr bereits in häuslicher Pflege betreuten Familienmitglieds mit anerkannter Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (elftes Buch) fortzuführen, werden die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.11.4 auch für diese Person erbracht, sofern sie benötigt werden.

2.11.6 Psychosoziale Betreuung

Stirbt die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, erhalten die Familienmitglieder psychosoziale Betreuung für bis zu 3 Stunden in der Woche, maximal für vier Wochen, gerechnet ab dem unfallbedingten Sterbetag.

2.11.7 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode 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 wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

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

2.12 Sport*Aktiv*

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.12.1.1
Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erleidet und

deswegen für mindestens drei Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt ist. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten,

oder

der Unfall zu einem Leistungsanspruch aus einer anderen in diesem Versicherungsvertrag mitversicherten Leistungsart führt

und

durch den Unfall der versicherten Person das eigene versicherte Sportgerät beschädigt oder zerstört worden ist bzw. abhanden kommt.

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.

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 möglicherweise 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 für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode 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 wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

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

2.14 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (Modell Zahn)

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

2.14.2 Art und Höhe der Leistung

2.14.2.1
Wir erstatten nachgewiesene
Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten an natürlichen Zähnen (inklusive der erforderlichen Laborkosten),

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.14.2.2
Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) 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.

2.15 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingten Verletzungen oder deren Folgen erfordern eine vollstationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen (Anschlussheilbehandlungen gelten nicht als Rehabilitationsmaßnahme). Die Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von drei Jahren ab dem Tag des Unfalls beginnen. Deren medizinische Notwendigkeit ist von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.15.2 Art und Höhe der Leistung

Die Beihilfe zu einer vollstationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erbringen wir unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall.

2.16 Einmalzahlung bei dauernder Pflegebedürftigkeit

2.16.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.16.1.1
Der Unfall führt zu einer dauernden Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 4.

2.16.1.2
Eine Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 4 liegt vor, wenn die Voraussetzungen dafür nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) in der Fassung von Januar 2017 wegen der Unfallfolgen erfüllt sind.

2.16.2 Nachweis

Die Pflegebedürftigkeit ist durch den Versicherungsträger der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung sowie deren Unfallbedingtheit durch einen Arzt schriftlich festgestellt worden. Sofern keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht, diese keinen Leistungsbescheid erstellt oder der Leistungsbescheid nicht geeignet ist, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen nachzuweisen (z. B. nach Änderung des Sozialgesetzbuchs), müssen die Leistungsvoraussetzungen ärztlich nachgewiesen werden.

2.16.3 Art und Höhe der Leistung

Die Leistung 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 und die Kosten für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag 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
Wir erstatten nachgewiesene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) 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.

2.17.2.2
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 bösartige 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. Lebensjahr 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 ist in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, unabhängig davon, ob dies auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen ist. Dazu zählt auch die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (sogenannte gemischte Institute).

Versicherungsschutz besteht auch für medizinisch notwendige vollstationäre Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung.

2.19.1.2
Der Versicherungsfall beginnt mit der vollstationären Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund vollstationäre 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 vollstationäre Heilbehandlung ist uns innerhalb eines Monats nach ihrem Beginn anzuzeigen.

2.19.1.4
Keine Leistungspflicht besteht

- für die bei Antragstellung 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;
- 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;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, Aufenthalte in Erholungsheimen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (elftes Buch) oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses für schwebende Versicherungsfälle.

2.19.2 Wartezeiten

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf folgender Wartezeiten:

- Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Sie entfällt bei Unfällen.
- Die besonderen Wartezeiten betragen bei vollstationären Behandlungen wegen Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate vom Versicherungsbeginn an gerechnet.
- 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

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.
Bei einem vollstationären Aufenthalt aufgrund psychotherapeutischer Behandlung wird das versicherte Krankenhaustagegeld für maximal 30 Tage je Kalenderjahr gezahlt.
Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den amtlich zugelassenen Krankenhäusern.

2.19.4 Nachweise

Als Nachweis ist eine Bescheinigung über vollstationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Unfalltag oder die Bezeichnung und den Beginn der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält.
Der Nachweis ist innerhalb eines Monats nach Beendigung der vollstationären Behandlung zu führen, bei längerem Aufenthalt können in monatlichen Abständen Zwischennachweise vorgelegt und entsprechende Abrechnung verlangt werden.
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 zum 1. Juli ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Versicherungsleistungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Versicherungsleistungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Versicherungsfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Der Durchschnitt der Versicherungsleistungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr erbrachten Versicherungsleistungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Versicherungsfälle.

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 aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, 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 in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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 Leistung

2.20.1.1
Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation oder infolge einer Brustkrebserkrankung, die während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt worden sein muss, einer kosmetischen oder plastischen Brustoperation unterzogen, um eine unfallbedingte oder durch eine Brustoperation infolge einer Brustkrebserkrankung entstandene Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben.

2.20.1.2
Die kosmetische oder plastische Operation erfolgt
durch einen Arzt,
nach Abschluss der Heilbehandlung bzw. im Falle von Brustkrebs auch während der Heilbehandlung, und
bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall bzw. der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Brustkrebserkrankung, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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 Leistung

2.20.2.1
Wir erstatten nachgewiesene
Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
unfallbedingte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten an natürlichen Zähnen (inklusive der erforderlichen Laborkosten),

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, bei einer kosmetischen oder plastischen Brustoperation infolge Brustkrebs bis zu maximal 10 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.20.2.2
Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) 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.

2.21 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 ärztlicher Feststellung 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 drei 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 ärztlich 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 drei Monaten angehalten haben. Im Falle der Erblindung ist eine augenärztliche Bescheinigung gemäß den Richtlinien der Deutschen Augenärztlichen Gesellschaft erforderlich.

2.21.1.3 Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingten Ursachen.

2.21.2 Art und Höhe der Leistung

2.21.2.1
Wurde die schwere Erkrankung krankheitsbedingt verursacht, erbringen wir die Versicherungsleistung in Form einer 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 Begrenzungen der Staffelung entfallen bei ausschließlich unfallbedingter Ursache.

2.21.2.2
Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 Euro begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Wir erbringen unsere Leistung einmal, auch wenn mehrere der vorstehend genannten Erkrankungen gleichzeitig eintreten.

Bei einer Erhöhung der Versicherungssumme während der Vertragslaufzeit gelten die Regelungen zur Wartezeit und Staffelung für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.

2.21.2.3
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.21.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet
nach Auszahlung der Einmalleistung,
bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.21.4 Beitragsanpassung

2.21.4.1
Wir können jährlich zum 1. Juli ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Versicherungsleistungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Versicherungsleistungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Versicherungsfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Der Durchschnitt der Versicherungsleistungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr erbrachten Versicherungsleistungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Versicherungsfälle.

2.21.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag für diese Leistungsart um den sich aus Ziffer 2.21.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Beitrag wird zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst.

2.21.4.3
Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, 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 in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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 Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach ärztlicher Feststellung 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 bis 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 drei Monate 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 ärztlich 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 drei Monaten angehalten haben.
Im Falle der Erblindung ist eine augenärztliche Bescheinigung gemäß den Richtlinien der Deutschen Augenärztlichen Gesellschaft erforderlich.

2.22.1.3 Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingten Ursachen.

2.22.2 Art und Höhe der Leistung

2.22.2.1
Wurde die schwere Erkrankung krankheitsbedingt verursacht, erbringen wir die Versicherungsleistung in Form einer 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 Begrenzungen der Staffelung entfallen bei ausschließlich unfallbedingter Ursache.

2.22.2.2
Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 Euro begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Wir erbringen unsere Leistung einmal, auch wenn mehrere der vorstehend genannten Erkrankungen gleichzeitig eintreten.

Bei einer Erhöhung der Versicherungssumme während der Vertragslaufzeit gelten die Regelungen zur Wartezeit und Staffelung für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.

2.22.2.3
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.22.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet
nach Auszahlung der Einmalleistung,
bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.22.4 Beitragsanpassung

2.22.4.1
Wir können jährlich zum 1. Juli ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Versicherungsleistungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Versicherungsleistungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Versicherungsfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Der Durchschnitt der Versicherungsleistungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr erbrachten Versicherungsleistungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Versicherungsfälle.

2.22.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag für diese Leistungsart um den sich aus Ziffer 2.22.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Beitrag wird zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst.

2.22.4.3
Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, 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 in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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 ärztlicher Feststellung zum Tod geführt hat und dass bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch überhaupt keine Krebserkrankung (bösartig) ärztlich festgestellt wurde.

2.23.1.2 Nachweis

Die schwere Krebserkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen ärztlich nachgewiesen werden.

2.23.1.3 Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn.

2.23.2 Art und Höhe der Leistung

2.23.2.1
Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer 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.

2.23.2.2
Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 Euro begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Wir erbringen unsere Leistung einmal, auch wenn mehrere der vorstehend genannten Erkrankungen gleichzeitig eintreten.

Bei einer Erhöhung der Versicherungssumme während der Vertragslaufzeit gelten die Regelungen zur Wartezeit und Staffelung für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.

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

Der Versicherungsschutz endet
nach Auszahlung der Einmalleistung,
bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.23.4 Beitragsanpassung

2.23.4.1
Wir können jährlich zum 1. Juli ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Versicherungsleistungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Versicherungsleistungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Versicherungsfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Der Durchschnitt der Versicherungsleistungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr erbrachten Versicherungsleistungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Versicherungsfälle.

2.23.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag für diese Leistungsart um den sich aus Ziffer 2.23.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Beitrag wird zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst.

2.23.4.3
Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, 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 in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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 Einmalzahlung bei bestimmten Krebserkrankungen (Modell 4)

2.24.1 Voraussetzung für die Leistung

2.24.1.1
Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei den bösartigen Krebserkrankungen Brustkrebs (Mammakarzinom), Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom), Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom), Prostatakrebs (Prostatakarzinom) und Hodenkrebs (Hodenkarzinom). Leistungsvoraussetzung ist, dass eine dieser Krebserkrankungen während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird, diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach ärztlicher Feststellung zum Tod geführt hat und dass bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch überhaupt keine Krebserkrankung (bösartig) ärztlich festgestellt wurde.

2.24.1.2 Nachweis

Die Krebserkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen ärztlich nachgewiesen werden.

2.24.1.3 Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn.

2.24.2 Art und Höhe der Leistung

2.24.2.1
Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer 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.

2.24.2.2
Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 Euro begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Wir erbringen unsere Leistung einmal, auch wenn mehrere der vorstehend genannten Krebserkrankungen gleichzeitig eintreten.

Bei einer Erhöhung der Versicherungssumme während der Vertragslaufzeit gelten die Regelungen zur Wartezeit und Staffelung für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.

2.24.2.3
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.24.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet
nach Auszahlung der Einmalleistung,
bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.24.4 Beitragsanpassung

2.24.4.1
Wir können jährlich zum 1. Juli ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Versicherungsleistungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Versicherungsleistungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Versicherungsfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Der Durchschnitt der Versicherungsleistungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr erbrachten Versicherungsleistungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Versicherungsfälle.

2.24.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag für diese Leistungsart um den sich aus Ziffer 2.24.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Beitrag wird zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst.

2.24.4.3
Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, 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 in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.24.4.4
Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.24.4.1 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.25 Einmalzahlung bei bestimmten Organschäden

2.25.1 Voraussetzung für die Leistung

2.25.1.1
Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei Eintritt einer im Folgenden definierten irreversiblen Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der nachfolgend beschriebenen Organe, unabhängig davon, ob diese auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen ist. Leistungsvoraussetzung ist, dass eine der folgenden Organerkrankungen während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach ärztlicher Feststellung zum Tod geführt hat.

2.25.1.1.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarkes, die zu einer vollständigen Lähmung
- eines Armes und eines Beines (Diparese) oder
- beider Arme bzw. beider Beine (Diparese bzw. Paraparese) oder
- mindestens einer Körperhälfte (Hemiparese)

führt. Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu mindestens 90 Prozent aufgehoben ist.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein.

2.25.1.1.2 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z. B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens führen.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer
- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 Prozent oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15 Prozent oder
- Herzvergrößerung Herz-Thorax-Ratio größer gleich 1,5 oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) IV.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Eine Verbesserung der Funktionswerte durch eine Transplantation hat keinen Einfluss auf die Leistung.

2.25.1.1.3 Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Erkrankung der Nieren, die z. B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden ist und zu einer erheblichen Minderung der Leistungsfähigkeit der Nieren führt.

Eine erhebliche Minderung der Leistungsfähigkeit der Nieren liegt vor, wenn die
- glomeruläre Filtrationsrate 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw. Kreatinin-Clearance von 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder
- der Kreatininwert 4 mg/dl (350 umol/l) nicht unterschritten wird.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Eine Verbesserung der Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation hat keinen Einfluss auf die Leistung.

2.25.1.1.4 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung (z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündung und Verletzung), die die Leistungsfähigkeit der Lungen erheblich reduziert. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm und ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn
- forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 Prozent oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 Prozent oder
- Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut (pO2) kleiner gleich 50 Prozent ist.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff oder einer Transplantation hat keinen Einfluss auf die Leistung.

2.25.1.1.5 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lebererkrankung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert.

Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
- Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51 umol/l)
- Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40 Prozent.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Eine Verbesserung der Funktionen der Leber aufgrund einer Transplantation hat keinen Einfluss auf die Leistung.

2.25.1.2 Nachweis

Die Organerkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen ärztlich nachgewiesen werden.

2.25.1.3 Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingten Ursachen.

2.25.2 Art und Höhe der Leistung

2.25.2.1
Wurde die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit krankheitsbedingt verursacht, erbringen wir die Versicherungsleistung in Form einer 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 Begrenzungen der Staffelung entfallen bei ausschließlich unfallbedingter Ursache.

2.25.2.2
Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 Euro begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Wir erbringen unsere Leistung einmal, auch wenn mehrere der vorstehend genannten Organerkrankungen gleichzeitig eintreten.

Bei einer Erhöhung der Versicherungssumme während der Vertragslaufzeit gelten die Regelungen zur Wartezeit und Staffelung für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.

2.25.2.3
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.25.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet
nach Auszahlung der Einmalleistung,
bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.25.4 Beitragsanpassung

2.25.4.1
Wir können jährlich zum 1. Juli ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Versicherungsleistungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Versicherungsleistungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Versicherungsfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Der Durchschnitt der Versicherungsleistungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr erbrachten Versicherungsleistungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Versicherungsfälle.

2.25.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag für diese Leistungsart um den sich aus Ziffer 2.25.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Beitrag wird zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst.

2.25.4.3
Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, 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 in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.25.4.4
Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.25.4.1 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.26 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch

2.26.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.26.1.1
Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages einen Oberschenkelhalsbruch erleidet, gleichgültig ob unfall- oder krankheitsbedingt.

2.26.1.2
Ein Oberschenkelhalsbruch ist ein hüftgelenksnaher Bruch des Oberschenkelknochens zwischen Kopf und Schaft des Knochens.

2.26.2 Art und Höhe der Leistung

2.26.2.1 Einmalzahlung

Bei einem Oberschenkelhalsbruch leisten wir die vereinbarte Einmalzahlung.

2.26.2.2 Auswirkungen auf eine Invalidität

Dauernde Folgen eines krankheitsbedingten Oberschenkelhalsbruchs werden bei der Bemessung des Invaliditätsgrades für eine Unfall-Renten-Leistung, sofern diese Leistungsart mitversichert ist, mit einbezogen. Eine Leistungskürzung gemäß Ziffer 3 erfolgt in diesem Fall nicht.

2.26.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

Vorsorge-Unfallversicherung:

2.27 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Partner

Für bestimmte Personen gewähren wir während der Wirksamkeit des Vertrages beitragsfrei einen zeitlich begrenzten Unfall-Versicherungsschutz.

2.27.1 Einbezogene Personen, Dauer des Versicherungsschutzes

2.27.1.1
Für die nachstehend genannten Personen gewähren wir den zeitlich begrenzten Versicherungsschutz wie folgt:
Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner der versicherten Person für drei Monate ab der Eheschließung oder Eintragung der Lebenspartnerschaft;
neugeborene leibliche Kinder oder adoptierte Kinder der versicherten Person für sechs Monate nach Vollendung der Geburt oder der Rechtswirksamkeit der Adoption;
neugeborene oder adoptierte Geschwister der minderjährigen versicherten Person für sechs Monate nach Vollendung der Geburt oder der Rechtswirksamkeit der Adoption.

2.27.1.2
Dieser Versicherungsschutz verlängert sich
um weitere drei Monate, wenn Sie die Eheschließung oder Eintragung der Lebenspartnerschaft während der ersten drei Monate
um weitere sechs Monate, wenn Sie die Geburt oder Adoption während der ersten sechs Monate
bei uns anzeigen.

2.27.2 Höhe der Leistung

2.27.2.1
Es gelten folgende Versicherungssummen:

Leistung bei Vollinvalidität (nach Ziffer 2.27.2.2)	100.000 €
Invaliditäts-Grundsumme	25.000 €
Unfalltod (Todesfallleistung)	1.500 €
Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld	15 €
Kosten für kosmetische Operationen	5.000 €
Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte	1.500 €
Bergungs- und Rettungskosten	100.000 €

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

2.27.2.2
Bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 100 Prozent vervierfachen wir unsere Invaliditätsleistung, sofern sich der Unfall vor Vollendung des 67. Lebensjahres der in den Versicherungsschutz einbezogenen Person ereignet hat.

2.27.2.3
Bestehen bei uns für die versicherte Person mehrere beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherungen, erbringen wir eine Leistung nur aus einem dieser Verträge.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten, sofern nichts anderes vereinbart ist, ausschließlich für Unfallfolgen, also nicht für Krankheiten oder Gebrechen. Unfallfolgen sind Gesundheitsschädigungen und deren Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen;
Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1
Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads,
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

3.2.2
Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 35 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
- Personen, die für dauernd mindestens schwerste gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen können nicht selbstständig kompensiert oder bewältigt werden. Diese Voraussetzungen für die Nichtversicherbarkeit sind erfüllt, wenn mindestens Pflegegrad 4 im Sinne des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) in der Fassung von Januar 2017 vorliegt.
- Personen, die aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung (z. B. fortgeschrittene Demenz) nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können, sondern einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

4.2 Erlöschen des Versicherungsschutzes

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 Rückzahlung der Beiträge

Die für eine nicht mehr versicherbare Person ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:
- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele: Die versicherte Person
- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter,*
- *kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab,*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahme:
Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde
- durch ein Unfallereignis verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,
- durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht,
- infolge Trunkenheit verursacht. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen gilt dies jedoch nur, wenn die Alkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,1 Promille nicht überschritten hat. Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, sind in diesen Fällen unsere Leistungen auf insgesamt 100.000 Euro begrenzt,
- beim Lenken von Kraftfahrzeugen aufgrund Einschlafens infolge von Übermüdung verursacht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

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.

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

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

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4
Unfälle der versicherten Person
- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
  Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
  Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
  Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung

Versicherungsschutz besteht demnach z. B. für:
- Passagiere in Luftfahrzeugen,
- Fluggäste in Luftsportgeräten (z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen),
- Flugschüler, solange hierfür noch keine Lizenz erforderlich ist,
- Kitesurfen.

5.1.5
Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Versicherungsschutz besteht demnach z. B. bei Fahrtveranstaltungen, bei denen
- es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt,
- es sich um das Absolvieren von öffentlich veranstalteten Fahrsicherheitstrainings, z. B. durch offizielle Automobilclubs, handelt.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1
Schäden an Bandscheiben.

Ausnahme:
Die Schäden an Bandscheiben gehen mit einer unfallbedingten knöchernen Verletzung der Wirbelsäule einher.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2
Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht, und
- für diese Unfallereignisse besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.3
Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:
Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht bei Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.
In diesem Fall gilt der Ausschluss.

5.2.4
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

5.2.5
Infektionen.

Ausnahme:
Die versicherte Person infiziert sich
- mit Tollwut und Wundstarrkrampf;
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten (und z. B. eine Blutvergiftung oder Wundinfektion hervorrufen). Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- aufgrund eines Zeckenstichs mit Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Borreliose, sofern die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages ausbricht.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.4).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.6
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Nahrungsmittelvergiftungen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Beispiele:
- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch den Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

Ausnahme:
Die krankhaften Störungen sind auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.8
Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:
Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis, welches diesen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. Maßgeblich ist hierbei die tatsächlich ausgeübte Berufstätigkeit/Beschäftigung und nicht der erlernte Beruf.

6.1.1 Mitteilung der Änderung

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

6.1.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem 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 Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

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

6.2 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.2.1
Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den dann gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. Sind Leistungsarten oder Leistungserweiterungen mitversichert, die der dann gültige Erwachsenentarif nicht mehr vorsieht und die keine anderslautende Regelung enthalten, verwenden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung, sofern Sie nicht etwas anderes bestimmen,
oder
Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Erwachsenentarif nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.2.2
Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

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

6.3.1
Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den dann gültigen Tarif für Senioren um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. Sind Leistungsarten oder Leistungserweiterungen mitversichert, die der dann gültige Tarif für Senioren nicht mehr vorsieht und die keine anderslautende Regelung enthalten, verwenden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung, sofern Sie nicht etwas anderes bestimmen,
oder
Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Tarif für Senioren nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.3.2
Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

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

6.4.1
Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den dann gültigen Tarif für Personen ab 80 Jahre um. Die Umstellung erfolgt frühestens zu Beginn des 4. Versicherungsjahres.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. Sind Leistungsarten oder Leistungserweiterungen mitversichert, die der dann gültige Tarif für Personen ab 80 Jahre nicht mehr vorsieht und die keine anderslautende Regelung enthalten, verwenden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung, sofern Sie nicht etwas anderes bestimmen,
oder
Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Tarif für Personen ab 80 Jahre nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.4.2
Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

Der Leistungsfall

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

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem

Versicherungsfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1
Nach einem Versicherungsfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

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

7.3
Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4
Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Versicherungsfall behandelt oder untersucht haben,
- anderen Personenversicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5
Wenn der Versicherungsfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden.

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente beträgt die Frist drei Monate.
Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist,
- bei krankheitsbedingten Leistungen der Nachweis über die Krankheitsursache und Krankheitsfolgen.

Bitte beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein angemessener Vorschuss auf eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur verlangt werden, wenn keine akute Lebensgefahr besteht.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

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

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

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den 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 Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:
Besteht die vereinbarte Versicherungsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

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 und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder in einem einmaligen Beitrag (Einmalbeitrag) bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode. Sie beträgt
- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

Bei einem Einmalbeitrag entspricht die Versicherungsperiode der vereinbarten Vertragsdauer. Sie beträgt jedoch höchstens ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet 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.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben. Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht bezahlt haben,

besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz,
können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten. Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) aufgefordert haben.

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

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

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 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Antragsformular, E-Mail, Telefax, Brief) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
nach Ihrer Vertragserklärung,
aber noch vor Vertragsannahme
in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall
vom Vertrag zurücktreten,
den Vertrag kündigen,
den Vertrag ändern oder
den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
weder eine vorsätzliche,
noch eine grob fahrlässige
Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als zehn Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.
Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 13.1 bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung

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

14.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugeht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens,
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

15.2
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

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

16.1
Erklärungen und Anzeigen sind in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) an folgende Stellen zu richten:
- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle/Generalagentur, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle/Generalagentur dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

16.2
Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen. Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Dies gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Welche besonderen Kosten stellen wir Ihnen zusätzlich in Rechnung?

18.1
Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen bei uns ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir die regelmäßig entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung. Diese Beträge werden wir jährlich überprüfen, gegebenenfalls neu festsetzen und Ihnen mitteilen. Einzelheiten dazu entnehmen Sie bitte den im Anschluss an diese Bedingungen folgenden Gebührenbestimmungen, die Bestandteil dieses Vertrages sind.

18.2
Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Höhe der Gebühr ist zulässig, wenn ihre Höhe angemessen ist. Sie können von uns verlangen, dass wir Ihnen die Angemessenheit der Höhe der Gebühr nachweisen.

Wenn Sie uns daraufhin nachweisen, dass die Gebühr der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

Wenn Sie uns nachweisen, dass die bei der Bemessung zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Gebühr.

Gebührenbestimmungen
(Stand Januar 2017)

Welche Gebühren werden bei besonderen Bemühungen fällig?

Wir können nach Ziffer 18, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, pauschale Abgeltungsbeträge in nachfolgender Höhe erheben und deren Zahlung verlangen:

vom Versicherungsnehmer zu vertretende Rückläufer im Lastschriftverfahren:	7,50 €
Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 37 und 38 VVG):	7,50 €
Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers:	10,00 €
Ersatzversicherungsschein ausstellen:	10,00 €
Vertragsänderungen mit Nachtrag:	10,00 €

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

Anhang zu den Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017)

Berufsgruppenverzeichnis

Wie in Ziffer 6.1 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017) geregelt, hängt die Höhe des Beitrags maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Änderung der Berufstätigkeit/Beschäftigung

Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des 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.
Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) 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
  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 für die Gruppen-Unfallversicherung

Sie können die Gruppen-Unfallversicherung mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abschließen.

Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Was gilt für Versicherungen ohne Namensangabe?

1.1
Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2
Sie müssen die zu versichernden Personen so bezeichnen und erfassen, dass deren Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis eindeutig feststeht.

1.3
Wir werden Sie regelmäßig auffordern, die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben.

Diese Angabe müssen Sie uns gegenüber innerhalb eines Monats nach unserer Aufforderung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) machen.

Inhalt der Angabe:
Aufteilung nach Monaten,
Angabe des jeweils höchsten Stands eines Monats.

Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Gruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.4
Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt. Darüber erhalten Sie von uns eine Abrechnung.

1.5
Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem versicherten Personenkreis, aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2 Was gilt für Versicherungen mit Namensangabe?

2.1
Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2
Für Personen, die noch nicht versichert sind, gilt:

2.2.1
Personen, deren Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen, können Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) jederzeit bei uns anmelden.

Der Versicherungsschutz für die hinzukommenden Personen beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, frühestens jedoch mit Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

Wir behalten uns vor, eine Risikoprüfung durchzuführen. Wir haben das Recht, nach Risikoprüfung den Einschluss des Einzelnen in den Vertrag abzulehnen.

2.2.2
Personen in anderen Berufen, mit anderer Beschäftigung oder mit anderen Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über den Versicherungsschutz geeinigt haben.

2.3
Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn
sie aus dem versicherten Personenkreis, aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet;
Sie uns mitteilen, dass eine versicherte Person aus dem Vertrag ausscheiden soll. Der Versicherungsschutz erlischt frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Mitteilung darüber in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugeht.

3 Wann kann der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person gekündigt werden?

Ergänzend zu Ziffer 10 AUB gilt:

Sie oder wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, wenn wir für diese eine Leistung erbracht haben, oder wenn wegen einer Leistung gegen uns Klage erhoben wurde.

Die Mitteilung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person endet einen Monat, nachdem Sie oder wir die Mitteilung erhalten haben.

4 Wann endet der Vertrag?

Ergänzend zu Ziffer 10 AUB gilt:

Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird.

Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

5 Geltendmachung der Leistungen durch die versicherten Personen (Direktanspruch - gilt nur, wenn ausdrücklich beantragt)

Sofern ausdrücklich beantragt, ist abweichend von den Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ausschließlich die versicherte Person berechtigt, Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar bei uns geltend zu machen. In diesem Fall ist Ihre Zustimmung als Versicherungsnehmer nicht erforderlich. Wir leisten direkt an die versicherte Person.

Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über
den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz
und
diese Vereinbarung.

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

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

Der Versicherungsschutz wird auf Gesundheitsschäden durch Infektionen in folgendem Umfang erweitert.

Abweichend von Ziffer 5.2.5 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gilt:

1 Für Unfallversicherungen von im Gesundheitswesen tätigen Personen (Heilberufe)

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

1.2
Die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:
- Beschädigung der Haut. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
- Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

2 Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.2
Die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:
- Beschädigung der Haut. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
- plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

2.3 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die
- Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien sind,
- allmählich zustande kommen und
- Berufskrankheiten sind.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe

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

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane ausschließlich die hier genannten 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 gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

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 6.1 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 für länger als zwei Monate fort, müssen Sie uns dies unverzüglich in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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 Beitrags zum bisherigen Beitrag nach dem dann gültigen Tarif.

3.2
Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 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 nach der XL-Gliedertaxe

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile, Organe und Sinnesorgane ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

Arm	75%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70%
Hand	70%
Daumen	25%
Zeigefinger	16%
anderer Finger	10%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis unterhalb des Knies	60%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50%
Fuß	50%
große Zehe	10%
andere Zehe	5%
Auge	50%
Milz	10%

eine Niere	20%
beide Nieren	100%
ein Lungenflügel	50%
Gehör auf einem Ohr	40%
Gehör auf beiden Ohren	80%
Stimme	45%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	10%

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

Auf Ihren Wunsch kann die Bemessung des Invaliditätsgrades für die in der Gliedertaxe genannten Organe Milz, Niere und Lungenflügel auch nach Ziffer 2.1.2.2.2 AUB erfolgen.