



Allgemeine Bedingungen Unfallversicherung *AKTIV Premium*

Stand: 10/2018

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

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?	Seite 2
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	Seite 2
2.1 Invaliditätsleistung	
2.2 Übergangsleistung + erweiterte Übergangsleistung	
2.3 Krankenhaus-Tagegeld	
2.4 Genesungsgeld	
2.5 Todesfallleistung	
2.6 Sonstige Leistungen	
Welche Leistungsarten sind bereits beitragsfrei mitversichert?	Seite 5
2.6.1 Bergungskosten, Dekompressionskosten	
2.6.2 Kosmetische Operationen	
2.6.3 Nachhilfegeld	
2.6.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen	
2.6.5 Kurbeihilfe	
2.6.6 Wohnungsumbau, Umzug, PKW-Umrüstung, Prothesen und Hilfsmittel	
2.6.7 Rooming-In-Leistung	
3. Vorsorgeversicherung	Seite 6
4. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?	Seite 7
5. Welche Personen sind versichert bzw. nicht versicherbar?	Seite 7
6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	Seite 7
7. Was müssen Sie beachten:	Seite 8
- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung?	
- bei vereinbartem Kinder-Tarif?	
- bei Erreichen des 41. sowie dem 65. und 80. Lebensjahres?	

Der Leistungsfall

8. Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Obliegenheiten, Fristen)?	Seite 9
9. Welche Folgen hat ein Nichtbeachten von Obliegenheiten?	Seite 10
10. Wann sind die Leistungen fällig?	Seite 11

Die Versicherungsdauer

11. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	Seite 11
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?	

Der Versicherungsbeitrag

12. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	Seite 12
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	
Wann ruht die Beitragszahlung?	

Weitere Bestimmungen

13. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	Seite 13
14. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	Seite 13
15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	Seite 14
16. Welches Gericht ist zuständig?	Seite 14
17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?, Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	Seite 15
18. Welches Recht findet Anwendung?	Seite 15
19. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamikmodelle)	Seite 15



Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Welchen Versicherungsschutz bieten wir?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

1.2 Allgemeiner Unfallbegriff

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

1.3 Erweiterter Unfallbegriff

1.3.1 Erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung

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

- an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden oder
- ein Bauch- oder Unterleibsbruch verursacht wird.

1.3.2 Tauchtypische Gesundheitsschädigungen

Versicherungsschutz besteht bei tauchtypischen Gesundheitsschädigungen wie zum Beispiel der Caisson-Krankheit oder Trommelfellverletzungen.

1.3.3 Ertrinken oder Ersticken

Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken oder Ersticken.

1.3.4 Extreme Witterungsbedingungen

Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigungen durch extreme Witterungsbedingungen (Frost, Sonneneinstrahlung usw.) als Folge eines versicherten Unfallereignisses im Sinne von Ziffer 1.2.

1.3.5 Rettung von Personen oder Sachen

Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigungen, die aus einer rechtmäßigen Verteidigung oder aus der Rettung von Personen, Tieren oder Sachen herrühren.

1.3.6 Gase und Dämpfe

Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigungen, die durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen hervorgerufen werden, soweit es sich nicht um eine anerkannte Berufs- und Gewerkrankheit handelt und nicht im Zusammenhang mit einer solchen beruflichen Tätigkeit steht.

1.3.7 Gewalttätige Auseinandersetzungen und Innere Unruhen

Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigungen durch gewalttätige Auseinandersetzungen und Innere Unruhen, wenn die versicherte Person unfreiwillig davon betroffen wird.

1.3.8 Flüssigkeits-, Nahrungsmittelentzug

Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit und Nahrungsmitteln.

1.4 Wichtige Hinweise

Auf die Regelungen über

- die nicht versicherbaren Personen (Ziffer 5),
- die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 4 und Ziffer 7),
- Ausschlüsse (Ziffer 6),
- die besonderen Pflichten (Ziffer 8)

weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden in den folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

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

2.1 Invaliditäts-Leistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- von Ihnen bei uns innerhalb der 24 Monate in Textform geltend gemacht worden.

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



2.1.2 Art und Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

Wir weisen auf die Einschränkung der Versicherungssummen ab dem 65. Lebensjahr gemäß Ziffer 7.4 dieser Bedingungen hin.

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

2.1.3 Bemessung der Leistung für Körperteile und Sinnesorgane nach der Gliedertaxe

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

- eines Armes	80 %
- einer Hand	60 %
- eines Daumens	30 %
- eines Zeigefingers	20 %
- eines anderen Fingers	15 %
- eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
- eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
- eines Beines bis unterhalb des Knies	60 %
- eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
- eines Fußes	50 %
- einer großen Zehe	15 %
- einer anderen Zehe	5 %
- eines Auges (beachte Ziffer 2.1.6)	60 %
- des Gehörs auf einem Ohr (beachte Ziffer 2.1.6)	40 %
- des Geruchs	15 %
- des Geschmacks	15 %
- der Stimme	100 %
- einer Niere	25 %
- beide Nieren	100 %
- der Milz	10 %
- der Milz bei Kindern unter 14 Jahre	20 %

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

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

2.1.5 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

Diese ist nach Ziffer 2.1.3. und 2.1.4 zu bemessen.

2.1.6 Abweichend von Ziffer 2.1.3 dieser Bedingungen gilt für den Verlust der Sehkraft auf einem Auge ein Invaliditätsgrad von 100 Prozent, wenn das andere Auge schon vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig war.

Für den Verlust des Gehörs auf einem Ohr gilt ein Invaliditätsgrad von 60 Prozent, wenn das Gehör auf dem anderen Ohr schon vollständig verloren war.

Bei nur teilweiser Beeinträchtigung der vorgeschädigten Sinnesorgane gelten die erhöhten Leistungen nicht.

2.1.7 Maximaler Invaliditätsgrad

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

2.1.8 Tod vor Feststellung des Invaliditätsgrades

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

- gleichgültig aus welcher Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall,

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

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 (Einfache) Übergangsleistung nach 6 Monaten

Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet und

- ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der 6 Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns in Textform geltend gemacht worden.

Wir weisen auf die Einschränkung der Versicherungssummen ab dem 65. Lebensjahr gemäß Ziffer 7.4 dieser Bedingungen hin.

Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.



2.2.2 Erweiterte Übergangsleistung nach 3 Monaten

Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von 3 Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

um 100 Prozent beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der 3 Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens 4 Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns in Textform geltend gemacht worden.

Wir weisen auf die Einschränkung der Versicherungssummen ab dem 65. Lebensjahr gemäß Ziffer 7.4 dieser Bedingungen hin.

Art und Höhe der Leistung

Die erweiterte Übergangsleistung wird in Höhe von 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für die (einfache) Übergangsleistung gezahlt. Der Betrag wird auf einen Anspruch auf die Übergangsleistung nach Ziffer 2.2.1 angerechnet.

2.3 Krankenhaus-Tagegeld

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

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

Bei Aufenthalt in Sanatorien wird das versicherte Krankenhaus-Tagegeld nur gezahlt, wenn der Sanatoriumsaufenthalt unmittelbar an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt anschließt.

Erfolgt die Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld dann nicht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Unfall- oder Wohnortes der versicherten Person ist.

Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt, wenn der Aufenthalt der Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerialies dient.

Bei Aufenthalten in Sanatorien wird längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50 Prozent des versicherten Krankenhaus-Tagegeldes übernommen.

Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 14 Tagen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Wir weisen auf die Einschränkung der Versicherungssummen ab dem 65. Lebensjahr gemäß Ziffer 7.4 dieser Bedingungen hin.

2.3.1 Krankenhaus-Tagegeld bei ambulanten Operationen

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person unterzieht sich wegen eines Unfalls einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt.

Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für 3 Kalendertage bei ambulanten chirurgischen Operationen gezahlt.

Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.4 besteht nicht.

2.3.2 Komageld

Fällt die versicherte Person nach einem Unfall in ein Koma oder wird sie unfallbedingt in ein künstliches Koma versetzt, so werden für die Zeit dieses Zustandes ab dem 8. Tag, maximal 12 Wochen, ein Komageld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für das Krankenhaus-Tagegeld gezahlt.

Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.4 besteht nicht.

2.4 Genesungsgeld

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf das Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.3.

Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe des vereinbarten Krankenhaus-Tagegeldes für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens jedoch für 100 Tage.

2.5 Todesfalleistung

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten gemäß Ziffer 8.2.1 weisen wir hin.

Höhe der Leistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.5.1 Verschollenheit

Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht ein Anspruch nach der für den Todesfall versicherten Summe.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt, die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde und eine Urkunde vorgelegt wird. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die geleistete Zahlung zurückzuzahlen.



2.6 Sonstige Leistungen

2.6.1 Bergungskosten

Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir bis zur Höhe von 20.000 EUR die entstandenen notwendigen Kosten für:

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierter Rettungsdienste, soweit hierüber Gebühren berechnet werden,
- Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet,
- Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- Überführung im Todesfall zum letzten ständigen Wohnsitz,
- Mehraufwand für Mittel und Einrichtungen, die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden der versicherten Person notwendig sind (z. B. Dekompressionskosten)

Sind die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren nicht vorsätzlich oder fahrlässig missachtet worden übernehmen wir die Kosten bis zu 50.000 EUR. Die Einhaltung der gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren sind durch geeignete Unterlagen vom Versicherungsnehmer nachzuweisen.

Hat die versicherte Person für Kosten einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, sind wir ebenfalls ersatzpflichtig.

2.6.2 Kosmetische Operationen

Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung aus ärztlicher Sicht eine kosmetische Operation, übernehmen wir bis zur Höhe von 20.000 EUR die hierdurch entstehenden

- Arzthonorare
- sonstigen Kosten für die kosmetische Operation
- Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

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

Medizinisch notwendige Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden in angemessener Höhe insoweit übernommen, als es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Zähnen handelt.

Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 23. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

2.6.3 Nachhilfegeld

Wird das versicherte Kind durch ein unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall durch eine medizinisch notwendige Heilbehandlung vom Schulunterricht abgehalten, so wird pro Abwesenheitstag von allgemein oder berufsbildenden Schulen ein pauschaler Kostenzuschuss für Nachhilfe von 15 EUR für bis zu 100 Tage gezahlt. Unversichert bleiben Ereignisse, die unter Ziffer 6.2.4 mit und ohne Unfall fallen und Abwesenheitszeiten während der Ferienzeit.

Sind durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder gleichzeitig betroffen, wird der Kostenzuschuss nur einmal geleistet.

2.6.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
 - Amputation mindestens eines Fußes im unteren Sprunggelenk oder einer Hand im Handgelenk,
 - Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma:

- Frakturen zweier langer Röhrenknochen an zumindest zwei der folgenden Teigliedmaßen: Oberarm, Unterarm, Oberschenkel, Unterschenkel oder
- gewebeerstörende Schäden an 2 inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens 2 der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche
 - Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen)

wird einmalig eine Leistung von 5 Prozent der Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch 15.000 EUR gezahlt.

Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.

Auf die besonderen Pflichten gemäß Ziffer 8.2.2 weisen wir hin.

2.6.5 Kurbeihilfe

Die versicherte Person kann nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignis

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
 - innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltage an gerechnet,
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen,
- eine medizinisch notwendige Kur durchführen lassen.

Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht. Diese Voraussetzungen müssen durch ein



ärztliches Attest nachgewiesen werden.

Die Kurbeihilfe wird in Höhe von 1 Prozent der Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch bis 6.000 EUR und für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

2.6.6 Wohnungsumbau, Umzug, PKW-Umrüstung, Prothesen und Hilfsmittel

Führt der verbliebene Invaliditätsgrad zu Behinderungen im täglichen Leben, die

- den behinderungsgerechten Umbau des selbstbewohnten Hauses oder der selbstbewohnten Wohnung oder
- den Umzug in ein anderes behinderungsgerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung erfordern, so übernehmen wir die hierdurch entstehenden Kosten
- Prothesen und Hilfsmittel

Wir leisten längstens für 5 Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses bis zur Höhe von 5 Prozent der Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch 15.000 EUR.

2.6.7 Rooming-in-Leistungen bei Unfall des Kindes

Befindet sich das versicherte Kind nach einem unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 15 EUR bis zu 200 Übernachtungen gezahlt.

Sind durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder oder Erziehungsberechtigte gleichzeitig betroffen, wird der Kostenzuschuss nur einmal geleistet.

2.6.8 Art und Höhe der Leistungen

Hinsichtlich der sonstigen Leistungen nach Ziffer 2.6.1 - 2.6.7, ausgenommen Ziffer 2.6.4 (Sofortleistung bei Schwerverletzungen) leisten wir Zahlungen für nachgewiesene Kosten.

Soweit der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person für die Kosten eine Leistung aus einem anderen Versicherungsverhältnis (gesetzlich oder vertraglich) beanspruchen kann, leisten wir keine Entschädigung (Subsidiarität). Soweit die Kosten den Deckungsumfang aus dem anderen Versicherungsverhältnis übersteigen, kann der Versicherungsnehmer die restlichen Kosten unter Berücksichtigung der maximalen Deckungssumme uns gegenüber geltend machen.

Bestreitet der Ersatzpflichtige aus dem anderen Versicherungsverhältnis seine Leistungspflicht und verweigert er gegenüber dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person endgültig die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer die Entschädigung unmittelbar durch uns verlangen. In diesem Fall geht der Anspruch des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegenüber dem Ersatzpflichtigen aus dem anderen Versicherungsverhältnis auf uns gemäß § 86 VVG über.

2.6.9 Begrenzungen bei den sonstigen Leistungen

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfall-Versicherungen, können die sonstigen Leistungen nur aus einem dieser Versicherungsverträge verlangt werden. Bei mehreren Versicherungsverträgen gilt die jeweils höchste Versicherungssumme. Die jeweiligen Leistungen und Versicherungssummen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.6.10 Versicherungssummenerhöhung bei den sonstigen Leistungen

Voraussetzungen für die Leistung

Bei Eintritt des versicherten Unfallereignisses besteht für die versicherte Person

- für den Todesfall eine Versicherungssumme in Höhe von 20 Prozent der Invaliditätsgrundsumme, mindestens jedoch 20.000 EUR und
- für das Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld eine Versicherungssumme von 0,25 Promille, mindestens jedoch 25 EUR

Höhe der Leistung

Es gelten abweichend zu den Ziffern 2.6.1 – 2.6.7, ausgenommen Ziffer 2.6.4 (Sofortleistung bei Schwerverletzungen) folgende erhöhte Versicherungssummen:

- 35.000 EUR für Bergungskosten (Ziffer 2.6.1)
- 35.000 EUR für Kosmetische Operationen (Ziffer 2.6.2)
- 30 EUR bis zu 100 Tage für Nachhilfegeld (Ziffer 2.6.3)
- 10.000 EUR für Kurbeihilfe (Ziffer 2.6.5)
- 20.000 EUR für Wohnungsumbau, Umzug, PKW-Umrüstung, Prothesen und Hilfsmittel (Ziffer 2.6.6)
- 20 EUR bis zu 200 Übernachtungen bei Rooming-in-Leistungen bei Unfall des Kindes (Ziffer 2.6.7)

3 Vorsorge-Versicherung

3.1 Neugeborene und Adoptivkinder

Während der Vertragsdauer geborene Kinder des Versicherungsnehmers ab Vollendung der Geburt, vom Versicherungsnehmer adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren ab Rechtswirksamkeit der Adoption, sind im Invaliditätsfall mit einer Invaliditätssumme von 50.000 EUR (ohne Mehrleistung) für die Dauer eines Jahres beitragsfrei mitversichert.

Bestehen für Sie bei uns weitere Unfall-Versicherungen, können die Leistungen aus der Vorsorgeversicherung nur aus einem dieser Versicherungsverträge verlangt werden.

Wird das Kind innerhalb des ersten Lebensjahres bei uns versichert, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz zusätzlich.

3.2 Ehe- und eingetragene Lebenspartner

Heiraten Sie oder schließen Sie während der Vertragsdauer eine eingetragene Lebensgemeinschaft, so sind ab Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft Ihr Ehe- bzw. eingetragene Lebenspartner im Invaliditätsfall mit einer Invaliditätssumme von 50.000 EUR (ohne Mehrleistung) für die Dauer eines Jahres beitragsfrei mitversichert, soweit weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Unfallversicherung besteht.

Bestehen für Sie bei uns weitere Unfall-Versicherungen, können die Leistungen aus der Vorsorgeversicherung nur aus einem dieser Versicherungsverträge verlangt werden.



Wird der Ehe- bzw. der eingetragenen Lebenspartner innerhalb des ersten Jahres nach Heirat bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft bei uns versichert, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz zusätzlich.

4 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nicht anderes bestimmt ist in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

5 Welche Personen sind versichert bzw. nicht versicherbar?

5.1 Versicherte Personen

Die vertraglich vereinbarten Leistungen erbringen wir für die versicherten Personen. Bitte beachten Sie die Erweiterung für unsere Serviceleistungen gemäß den Bedingungen zur Assistance.

5.2 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf und/oder in Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingestuft ist.

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung. Der für diese Personen seit Vertragsabschluß bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen. Maximal jedoch für die letzten 3 Jahre.

6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

6.1 Nicht versicherte Unfälle

6.1.1 Unfälle mit Luftfahrzeugen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Unfällen der versicherten Person

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

Unfälle als Fluggast sind bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch bis 500.000 EUR für den Todesfall und 1 Million EUR für den Invaliditätsfall mitversichert.

6.1.2 Unfälle bei Fahrveranstaltungen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Unfällen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs oder eines Sportgerätes an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt und/oder eine Zeitabnahme erfolgt.

Mitversichert sind jedoch Unfälle bei Fahrten, bei denen es ausschließlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Stem-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten).

6.1.3 Unfälle in Verbindung mit Kernenergie

Kein Versicherungsschutz besteht bei Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

6.1.4 Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Unfällen der versicherten Person durch Geistesstörungen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen sowie bei Unfällen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich Drogen konsumiert oder Medikamente nicht bestimmungsgemäß gebraucht.

Versicherungsschutz besteht jedoch,

- wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden und
- für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit, Herzinfarkt oder Schlaganfälle beruhen und nicht gemäß Ziffer 6.1.4 Satz 1 ausgeschlossen sind. Beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.

6.1.5 Vorsätzliche Straftat

Kein Versicherungsschutz besteht bei Unfällen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Gesundheitsschädigungen, die der versicherten Person im Zusammenhang mit einer unerlaubten Benutzung eines Kraftfahrzeuges (Fahren ohne Führerschein gemäß § 21 Straßenverkehrsgesetz), eines Wasserfahrzeuges oder einer Arbeitsmaschine erleidet. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person

- zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder geschäftsunfähig ist oder ein Betreuer für sie bestellt ist und
- in Verbindung mit der unerlaubten Benutzung keine weitere Straftat begangen oder versucht wurde.

6.1.6 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse



Kein Versicherungsschutz besteht bei Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, insbesondere nicht

- bei aktiver Teilnahme an dem Kriegs- oder Bürgerkriegsereignis oder
- bei Unfällen durch ABC-Waffen oder
- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder vor denen laut jeweils gültiger und aktualisierter Information seitens des Auswärtigen Amtes gewarnt wird. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf einer Auslandsreise durch ein solches Ereignis überrascht wird und innerhalb von 14 Tagen das betroffene Gebiet verlassen kann. Der Zeitraum verlängert sich um weitere 7 Tage, wenn es der versicherten Person trotz aller Bemühungen und von ihr nicht zu vertretenden Gründen unmöglich ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

6.1.7 Sanktionsausschlüsse

Der Versicherer bietet keinen Versicherungsschutz und wird keine Zahlung im Rahmen dieses Vertrages vornehmen, sofern dadurch Sanktions-Gesetze oder -Vorschriften verletzt würden, die den Versicherer, dessen Muttergesellschaft oder das oberste ihn beherrschende Unternehmen einer Strafe unter den Sanktions-Gesetzen oder -Vorschriften aussetzen würden.

6.2 Nicht versicherte Gesundheitsschäden

6.2.1 Strahlen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen, Laserstrahlen, Maserstrahlen, künstlich erzeugten ultravioletten Strahlen sowie energiereichen Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronen-Volt, soweit diese nicht Folge des regelmäßigen Umgangs der versicherten Person mit strahlenerzeugenden Apparaten sind.

6.2.2 Heilmaßnahmen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Beim Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut handelt es sich nicht um einen ausgeschlossenen Eingriff am Körper der versicherten Person.

6.2.3 Infektionen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Infektionen.

6.2.3.1 Versicherungsschutz besteht jedoch bei Gesundheitsschädigungen

- durch Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger
 - durch eine nicht nur geringfügige Verletzung der Haut oder Schleimhäute, wobei zumindest die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss oder
 - durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Mund, Nase oder Ohr, wobei Anhauchen, Anniessen oder Anhusten nicht als plötzliches Eindringen gilt, in den Körper gelangt sind;
- durch Tollwut, Wundstarrkrampf oder Wundinfektionen.

6.2.3.2 Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen durch eine Infizierung mit einem Erreger von Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemischer Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Frühsommermeningitis/Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlaf-/Tsetse-Krankheit, Hasenpest (Tularämie), Typhus/Paratyphus oder Windpocken. Mitversichert ist auch die Infektion, trotz vorheriger Schutzimpfung, durch einen der vorgenannten Erreger. Schutzimpfungen gelten als Infektionen und sind mitversichert, soweit gegen die vorgenannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung

- gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wird oder
- sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung (Impfschaden) eintritt.

Der Versicherungsschutz bei einer Infektion mit diesen Krankheitserregern ist auf die Leistungsarten Invalidität gemäß Ziffer 2.1 und Todesfall gemäß Ziffer 2.5 beschränkt.

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht erst, wenn sich ein Invaliditätsgrad von mehr als 20 Prozent ergibt. Dann jedoch wird die vereinbarte Invaliditätsleistung einschließlich des Anteils bis 20 Prozent gezahlt.

Bitte beachten Sie die Wartezeit bis zum Beginn des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer 11.2.1 sowie die Pflichten gemäß Ziffer 8.2.3.

6.2.4 Vergiftungen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, es sei denn

- es liegt eine Gesundheitsbeschädigung durch eine Nahrungsmittelvergiftung vor oder
- es liegt eine Vergiftung bei Minderjährigen und Betreuten vor. Als minderjährig oder betreut gilt, wer zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, geschäftsunfähig ist oder für die ein Betreuer bestellt ist.

6.2.5 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

Kein Versicherungsschutz besteht bei krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, werden jedoch Leistungen erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Störung oder auf eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

6.2.6 Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen, Gehirnblutungen

Kein Versicherungsschutz besteht bei Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.2 die überwiegende Ursache ist.

7 Was müssen Sie beachten bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung ?



- bei vereinbartem Kinder-Tarif ?
- bei Erreichen des 41. sowie dem 65. und 80. Lebensjahres?

7.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

7.1.1 Anzeigepflicht

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

Dieses Verzeichnis haben Sie mit dem Versicherungsschein von uns erhalten.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen.

Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

7.1.2 Sondergefahren

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur - also kein Dauerzustand - ist. Gleiches gilt, wenn die Gefahr erhöhende Tätigkeit zwar in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

7.1.3 Kündigungsrecht

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach unserem Tarif keinen Versicherungsschutz, können wir den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

7.2 Umstellung des Kinder-Tarifs

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 16. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu dem vereinbarten Versicherungsbeitrag.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Der Vertrag wird zu den bisherigen Versicherungssummen weitergeführt. Wir berechnen den entsprechend höheren Erwachsenenbeitrag. Die Einstufung erfolgt zunächst in Gefahrengruppe 'A1'. Zur Prüfung der richtigen Einstufung ist uns die tatsächlich ausgeübte Berufstätigkeit oder Beschäftigung unverzüglich zu melden. Diese Aufforderung erhalten Sie jeweils mit der neuen Beitragsrechnung.

Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann der Vertrag bei unveränderten Beiträgen und verminderten Versicherungssummen (im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarif-Beitrages zum bisherigen Beitrag) fortgeführt werden.

7.3 Umstellung bei Erreichen des 41. Lebensjahres

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 41. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu dem vereinbarten Versicherungsbeitrag. Danach gilt je nach der ausgeübten Berufstätigkeit der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif der Gefahrengruppe 'A2', bzw. 'B2' für versicherte Personen ab dem 41. Lebensjahr. Gilt der Tarif der Gefahrengruppe 'B3', so erfolgt keine Änderung.

7.4 Umstellung bei Erreichen des 65. Lebensjahres

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Konditionen.

Danach gelten die zu diesem Zeitpunkt gültigen Konditionen für versicherte Personen ab dem 65. Lebensjahr:

- Progressions- /Mehrleistungsmodelle entfallen.
- Die Versicherungssumme für den Invaliditätsfall wird auf 250.000 EUR begrenzt.
- Die Versicherungssumme für den Todesfall wird auf 600.000 EUR begrenzt.
- Die Versicherungssumme für das Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld wird auf 25 EUR begrenzt.
- Die Versicherungssumme für die Übergangsleistung wird auf 5.000 EUR begrenzt.
- Die Einstufung erfolgt für alle versicherten Personen in die Gefahrengruppe 'B3'.

Ein eventuell anfallender Rückbeitrag wird erstattet. Vor dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

7.5 Vertragsbeendigung bei Erreichen des 80. Lebensjahres

Spätestes Ende der Versicherung ist der Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat. Das Vertragsende wird dem Versicherungsnehmer gesondert angezeigt.

Der Leistungsfall

8 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten, Fristen)?

(Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen)

8.1 Allgemeine Obliegenheiten

8.1.1 Hinzuziehung eines Arztes

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich

- einen Arzt hinzuziehen,



- seine Anordnungen befolgen und
- uns in Textform unterrichten.

Bei unbeabsichtigter verspäteter Anmeldung von Unfällen berufen wir uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung. Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person den Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

8.1.2 **Unfallanzeige**

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person

- wahrheitsgemäß und vollständig ausfüllen und
- uns unverzüglich schriftlich oder in Textform zurücksenden;

von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

8.1.3 **Ärztliche Untersuchung und Kostenerstattung**

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

Wird bei Selbstständigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag für jede von uns veranlasste ärztliche Untersuchung erstattet, der 1 Promille der versicherten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 300 EUR beträgt.

8.1.4 **Ärztliche Auskunftspflicht**

Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten muss die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

8.2 **Besondere Obliegenheiten**

8.2.1 **Obliegenheiten im Todesfall**

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, dessen Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

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

8.2.2 **Obliegenheit bei einer Sofortleistung**

Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.

8.2.3 **Obliegenheit bei Infizierung mit bestimmten Krankheitserregern**

Der Zusammenhang zwischen der Infektion durch die unter Ziffer 6.2.3.2 dieser Bedingungen genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

Wir sind unverzüglich zu unterrichten, nachdem die Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

8.2.4 **Obliegenheit bei Inanspruchnahme der Serviceleistungen**

Ein Anspruch auf Serviceleistung und Kostenerstattung besteht nur, wenn nach vorheriger Kontaktaufnahme die Durchführung der Hilfe abgestimmt war. Dabei sind die Anweisungen unserer Servicezentrale einzuholen, falls ein Notfall durch eine dritte Person verursacht wurde, um eventuelle Regressrechte zu sichern.

Sollten Sie oder eine versicherte Person selbstständig Leistungen in Anspruch nehmen, die vorher nicht mit uns abgesprochen wurden, können lediglich Kosten in dem Umfang erstattet werden, wie sie uns bei der Organisation der entsprechenden Service-Leistung entstanden wären.

Die Servicezentrale leistet im Zweifel vor, behält sich jedoch das Recht vor, nach Prüfung der Sachlage unberechtigte Leistungen zurückzuverlangen.

Es besteht die Verpflichtung, alle sachdienlichen Informationen an die Servicezentrale weiterzugeben, die eine Einschätzung über den Umfang der erforderlichen Hilfeleistungen ermöglichen. Die ärztlichen Belege sind im Original vorzulegen.

Auf Verlangen ist der Beginn und das Ende jeder Auslandsreise nachzuweisen.

8.3 **Fristen**

Wir verweisen auf die unter Ziffer 2.1 (Anmeldung Invalidität) und Ziffer 2.2 (Anmeldung Übergangsleistung) Ziffer 2.6.2 (Kosmetische Operationen), Ziffer 2.6.5 (Kurbelhilfe) und 2.6.6 (Wohnungsumbau, Umzug, PKW-Umrüstung, Prothesen und Hilfsmittel) genannten Fristen. Im Falle einer durch Zeckenstich ausgelöste Infektionskrankheit gemäß Ziffer 6.2.3.2 beginnt die unter Ziffer 2.1 (Anmeldung Invalidität) genannten Fristen erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

9 **Welche Folgen hat ein Nichtbeachten von Obliegenheiten**

9.1 **Verlust des Versicherungsschutzes**

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 8 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

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

9.2 **Versehensklausel**



Unterbleibt die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nur, wenn wir nachweisen, dass es sich nicht um ein Versehen Ihrerseits handelt und Sie nach Erkennen die Obliegenheit nicht unverzüglich erfüllt haben.

10 Wann sind die Leistungen fällig?

10.1 Erklärungsfristen

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von 3 Monaten in Textform - zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

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

10.2 Kostenübernahme der ärztlichen Gebühren

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

10.3 Zahlungsfrist für anerkannte Leistungen

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von 2 Wochen.

10.4 Fristen für die Überprüfung des festgestellten Invaliditätsgrades

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 10.1
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 4 Prozent jährlich zu verzinsen.

10.5 Vorschusszahlung auf Invaliditätsleistung vor Abschluss des Heilverfahrens

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung, höchstens jedoch 5 Prozent der Invaliditätsgrundsumme, maximal 30.000 EUR verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein. Sofern eine Todesfallsumme vereinbart ist, kann für diese Fälle eine Invaliditätsleistung auch bis zur Höhe der vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

Die Versicherungsdauer

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

11.1 Beginn des Versicherungsschutzes, Wartezeiten

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich im Sinne von Ziffer 12.2 zahlen. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

11.2 Wartezeiten

11.2.1 Wartezeit bei der Mitversicherung von Infizierungen mit bestimmten Krankheitserregern

Für die Infizierung mit bestimmten Krankheitserregern nach Ziffer 6.2.3.2 beginnt der Versicherungsschutz drei Monate nach dem unter Ziffer 11.1 genannten Zeitpunkt.

11.2.2 Wartezeit für die Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit

Für die beitragsfreie Weiterführung bei Arbeitslosigkeit nach Ziffer 12.8.3 beginnt der Versicherungsschutz ein Jahr nach dem unter Ziffer 11.1 genannten Zeitpunkt. Die Wartezeit beginnt zudem mit jeder Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbständigen Tätigkeit von neuem.

11.3 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

Spätestes Ende der Versicherung ist der Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat. Das Vertragsende wird dem Versicherungsnehmer gesondert angezeigt.

11.4 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung nach Ziffer 2.1 bis 2.6 erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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



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

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

11.5 **Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen**

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

Der Versicherungsbeitrag

12. **Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? Wann ruht die Beitragszahlung?**

12.1 **Beitrag und Versicherungssteuer**

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

12.2 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster oder einmaliger Beitrag**

12.2.1 **Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

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

Monatliche Zahlungsweise setzt voraus, dass die Beiträge aufgrund eines dem Versicherer erteilten SEPA-Lastschriftmandats abgebucht werden können.

12.2.2 **Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**

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

12.2.3 **Rücktritt**

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

12.3 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag**

12.3.1 **Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

12.3.2 **Verzug / Zahlungsaufforderung**

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen setzen.

Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 12.3.3 und 12.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

12.3.3 **Kein Versicherungsschutz**

Sind Sie nach Ablauf der in Ziffer 12.3.2 genannten Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 12.3.2. Satz 2 darauf hingewiesen wurden.

12.3.4 **Kündigung**

Sind Sie nach Ablauf der in Ziffer 12.3.2 genannten Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 12.3.2. Satz 2 auf das Kündigungsrecht hingewiesen haben.

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

12.4 **Rechtzeitigkeit der Zahlung beim SEPA-Lastschriftmandat**

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

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

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

12.5 **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**

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

Ferner können wir für die Zukunft vierteljährliche Beitragszahlung verlangen.



- 12.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 12.7 Keine Folgen bei Nichtbezahlen des Dynamikbeitrages**
Abweichend Ziffer 12.2.3 bleibt trotz Fristablaufs der Mahnung nach § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Versicherungsnehmer versäumt hat, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfall-Versicherung Widerspruch einzulegen, und nur den Beitrag des Vorjahres zahlt. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.
- 12.8 Beitragsfreistellung**
Während der beitragsfreien Zeit nimmt der Vertrag an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. dem Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil. Die nächste Erhöhung bzw. Anpassung erfolgt zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem letzten Tag des beitragsfreien Zeitabschnittes folgt.
- 12.8.1 Bei Tod des Versicherungsnehmers oder mitversicherten Lebenspartnern**
Sterben Sie oder der mitversicherte Lebenspartner während der Versicherungsdauer, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen für 2 Jahre beitragsfrei weitergeführt.
Der Versicherungsvertrag für den mitversicherten Lebenspartner wird darüber hinaus beitragsfrei weitergeführt, wenn der Versicherungsnehmer verstirbt und die Versicherung für die mitversicherten Kinder beitragsfrei gemäß Ziffer 12.8.2 weitergeführt wird. Die Beitragsbefreiung endet gleichzeitig mit dem Ablauf der Beitragsbefreiung des letzten mitversicherten Kindes.
- 12.8.2 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:
Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
- 12.8.3 Beitragsfreie Weiterführung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit**
Verliert der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden seinen Arbeitsplatz und meldet sich bei dem zuständigen Arbeitsamt als arbeitslos, so wird die Versicherung auf seinen Antrag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen ab dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit bis zu 6 Monate beitragsfrei weitergeführt.
Der beitragsfreie Zeitabschnitt endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers, spätestens aber 6 Monate nach Verlust des Arbeitsplatzes. Danach wird der Vertrag unverändert, jedoch beitragspflichtig weitergeführt.
Die Dauer der Arbeitslosigkeit und deren Grund sind durch geeignete Unterlagen vom Versicherungsnehmer nachzuweisen.
Beiträge, die schon für den beitragsfreien Zeitabschnitt gezahlt sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet, die für die Zeit nach dem beitragsfreien Zeitabschnitt zu zahlen sind. Der verbleibende Teil der Folgebeiträge ist gemäß der Ziffern 12.1 und 12.3 bei Fälligkeit, frühestens jedoch mit Ablauf des beitragsfreien Zeitabschnittes zu zahlen.
Bitte beachten Sie die Wartezeit bis zum Beginn des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer 11.2.2.

Weitere Bestimmungen

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

Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

14.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zu Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des S. 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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



14.2 Rücktritt

14.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

14.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

14.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

14.2.4 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

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

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

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

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

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

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

14.2.5 Anfechtung

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

15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

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

16 Welches Gericht ist zuständig?

16.1 Klagen gegen uns

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

16.2 Klagen gegen den Versicherungsnehmer



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

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

17.1 Annahme von Erklärungen

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

17.2 Wirksamkeit einer Willenserklärung bei unbekannter Anschrift

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17.3 Empfangsberechtigung des Versicherungsvermittlers

Alle Beitragszahlungen, Anzeigen, Willenserklärungen und dergleichen von Ihnen, die dem Versicherungsvermittler zugegangen sind, gelten als uns zugegangen.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19 Zuwachs von Leistung und Beitrag

19.1 Dynamikmodelle

Die Dynamik gilt für den gesamten Vertrag. Sie gilt für alle versicherten Personen des Vertrages.

19.1.1 Dynamik gemäß Sozial-Versicherung

Die Versicherungssummen steigen jährlich um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird. Die Anpassung erfolgt jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres, der dem Stichtag der Anhebung des Höchstbetrages folgt oder mit ihm übereinstimmt. Die Erhöhung erfolgt jedoch nur bis zum Erreichen der tariflich gültigen Höchstversicherungssummen.

19.1.2 Dynamik gemäß vereinbartem Prozentsatz

Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre. Die Erhöhung erfolgt jedoch nur bis zum Erreichen der tariflich gültigen Höchstversicherungssummen.

19.2 Rundungsvorschriften

Bei der Dynamik werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR, für das Krankenhaus-Tagegeld auf volle 0,50 EUR und für die Übergangsleistung auf volle 500 EUR aufgerundet.

19.3 Beitragsanpassung

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

19.4 Mitteilung über den Anpassungstermin

Vor dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

19.5 Widerspruchsrecht

Die Anpassung entfällt für die restliche Laufzeit des Vertrages, wenn Sie ihr innerhalb von 6 Wochen nach Unterrichtung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.

Erst auf Ihren Antrag wird der Vertrag dann wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.