

Versicherungsfall und Leistungen

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können Sie vereinbaren?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfallrente
 - 2.3 Unfall-Pflegerente
 - 2.4 Sofortleistung bei Oberschenkelhals-Bruch
 - 2.5 Schmerzensgeld
 - 2.6 Krankenhaus-Tagegeld-Plus
 - 2.7 Todesfall-Leistung
 - 2.8 Kosten für Kosmetische Operationen
 - 2.9 Bergungskosten
- 3 Was gilt bei Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Was ist nicht versichert?

- 5 Was ist nach einem Unfall zu beachten? Welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?
- 6 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

Versicherungs-Schutz und Versicherungs-Beitrag

- 7 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?
- 8 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 9 Wann endet der Vertrag?

Weitere Regelungen

- 10 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 11 Was gilt für Mitteilungen oder bei Änderung Ihrer Anschrift?
- 12 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?
- 13 Wann verjähren die Ansprüche?

Versicherungsfall und Leistungen

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten weltweiten Versicherungs-Schutz bei Unfällen der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags.

Nicht versicherungsfähig und nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind bei allen Leistungen pflegebedürftige Personen (Pflegrade 3, 4 und 5). Bei der Leistungsart Unfall-Pflegerente und den Hilfeleistungs-Bausteinen (Reha-Hilfeleistungen, Privathilfe-14 bzw. 180) sind darüber hinaus auch Personen, die in der gesetzlichen Pflege-Versicherung in die Pflegegrade 1 und 2 eingestuft werden, auch wenn sie Beiträge zahlen, für diese Leistungsarten nicht versicherungsfähig und nicht versicherbar.

- 1.2 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 Als Unfall gilt bzw. gelten auch,

- Infektionen durch Zeckenstiche, wenn dadurch FSME oder Lyme-Borreliose ausgelöst wird.
Die bei den Leistungsarten genannten Fristen beginnen nicht mit dem Unfall (Zeckenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.
- wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- tauchtypische Gesundheitsschäden (z.B. Caissonkrankheit).
- unfreiwilliges Erfrieren, Ersticken oder Ertrinken
- unfreiwillige Vergiftungen, z.B. Nahrungsmittelvergiftungen durch die Einnahme von festen oder flüssigen Stoffen durch den Schlund.
- Gesundheitsschäden durch Wundinfektionen infolge eines Unfalls, die nicht durch eine geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden.

- 1.4 Auf die Regelungen über die Leistungseinschränkungen (vgl. Ziffer 3), Leistungsausschlüsse (vgl. Ziffer 4) und nicht versicherbare Personen (vgl. Ziffer 1.1) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können Sie vereinbaren?

Im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschreiben wir die Leistungsarten.

Es gelten immer nur die Leistungsarten, die Sie mit uns **vereinbart** haben und die im **Versicherungs-Schein genannt** werden. Die Versicherungs-Summen ergeben sich ebenfalls aus dem Versicherungs-Schein.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung

Die versicherte Person ist durch den Unfall dauerhaft in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität) und nicht innerhalb eines Jahres an den Unfallfolgen verstorben. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Die Invalidität muss

- innerhalb von **18 Monaten** nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von **24 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt **in Textform festgestellt** und **bei uns geltend gemacht** worden sein.

2.1.2 Art und Höhe der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Einmalzahlung. Auf Ihren Wunsch können Sie sich diese auch als monatliche lebenslange Rente auszahlen lassen, sofern sich ein Rentenbetrag von mindestens 100,00 Euro monatlich ergibt. Die Berechnung dieses Rentenbetrages erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Grundlagen für die Berechnung der Invaliditätsleistung sind die Versicherungs-Summe und der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

2.1.3 Für die **nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane** gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade (Gliedertaxe):

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	60 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	12 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	65 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	50 %
Stimme	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
beide Nieren	100 %
Niere	15 %
Milz	10 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der Prozentsatz jeweils anteilig.

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

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese wird nach den vorgenannten Regelungen bemessen.

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad kann höchstens 100 Prozent betragen.

2.1.5 Stirbt die versicherte Person

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ohne dass hierfür die Unfallfolgen ursächlich waren oder
- später als ein Jahr nach dem Unfall

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

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Unfallrente

Die Leistungen aus der Unfallrente werden als wiederkehrende Leistung erbracht, wenn der Unfall die Voraussetzungen für die Invalidität nach Ziffer 2.1.1 erfüllt. Der Invaliditätsgrad muss mindestens 50 Prozent betragen. Er ermittelt sich nach den Ziffern 2.1.2 bis 2.1.5 und Ziffer 3. Beträgt dieser weniger als 50 Prozent, besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der Unfallrente.

Wird die Unfallrente erbracht, erlischt der Versicherungs-Schutz für eine erneute Leistung aus der Unfallrente. Dies bedeutet, dass für weitere Unfälle während des Bezugs der Unfallrente keine weiteren Leistungs-Ansprüche aus der Unfallrente mehr bestehen. Entfallen die Voraussetzungen für diese Leistung, muss der Versi-

cherungs-Schutz für die Unfallrente neu beantragt werden.

2.2.2 Höhe, Beginn und Dauer der Unfallrente

Die Höhe der vereinbarten Unfallrente ergibt sich aus dem Versicherungs-Schein.

Wir zahlen die vereinbarte Unfallrente monatlich im Voraus ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Sie wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt oder wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 6.8 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

2.3 Unfall-Pflegerente

2.3.1 Voraussetzungen für die Unfall-Pflegerente

Der Unfall der versicherten Person hat ein Jahr nach dem Schadenereignis zu Leistungen mindestens des Pflegegrads 2 der gesetzlichen Pflege-Versicherung (§ 15 SGB XI) geführt.

Der Erhalt der Leistungen aus der gesetzlichen Pflege-Versicherung ist uns durch die Vorlage des für die Pflege-Versicherung gefertigten Gutachtens nachzuweisen. Aus dem Gutachten muss hervorgehen, dass der Unfall zum überwiegenden Teil Ursache der Pflege-Bedürftigkeit ist.

Die Unfall-Pflegerente muss innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend gemacht werden.

2.3.2 Höhe, Beginn und Dauer der Unfall-Pflegerente

Wir zahlen bei Pflege-Bedürftigkeit in Abhängigkeit vom Pflegegrad

- 100 Prozent bei Pflegegrad 5 und 4
- 75 Prozent bei Pflegegrad 3
- 50 Prozent bei Pflegegrad 2

der vereinbarten Unfall-Pflegerente als monatliche Zahlung im Voraus ab Beginn des Monats ab dem nach dem Leistungsbescheid die Pflege-Bedürftigkeit besteht. Zusätzlich erhalten Sie eine Einmalzahlung in Höhe von drei Monatsrenten der in Abhängigkeit des Pflegegrades ermittelten Unfall-Pflegerente.

Ist innerhalb eines Jahres nach dem Schadenereignis noch kein Antrag auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflege-Versicherung gestellt, besteht - auch bei einer späteren Feststellung der Pflege-Bedürftigkeit - kein Anspruch auf die Unfall-Pflegerente.

Die Unfall-Pflegerente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt oder eine für die gesetzliche Pflege-Versicherung innerhalb von drei Jahren - bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres innerhalb von fünf Jahren - nach dem Unfall vorgenommene Neubegutachtung ergeben hat, dass eine Pflege-Bedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 2 nicht mehr besteht. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 5.5 weisen wir hin.

Zahlen wir eine Unfall-Pflegerente, so erlischt der Versicherungs-Schutz aus der Unfall-Pflegerente für die Person, für die wir die Leistung erbringen. Liegt bei der versicherten Person der Pflegegrad 3, 4 oder 5 vor, so entfällt der Versicherungs-Schutz nach Ziffer 1.1 für den gesamten Vertrag.

2.4 Sofortleistung bei Oberschenkelhals-Bruch

2.4.1 Voraussetzungen für die Sofortleistung

Erleidet die versicherte Person einen Oberschenkelhals-Bruch und wurde dieser ärztlich festgestellt und uns unverzüglich unter Vorlage des ärztlichen Attestes angezeigt, besteht ein Anspruch auf die Sofortleistung. Ein Oberschenkelhals-Bruch liegt vor, wenn der Oberschenkel im Hüftgelenksnahen Bereich gebrochen ist.

2.4.2 Art und Höhe der Sofortleistung

Die Sofortleistung bei Oberschenkelhals-Bruch zahlen wir als Einmalzahlung in Höhe des vereinbarten Betrags. Dieser ergibt sich aus dem Versicherungs-Schein.

2.5 **Schmerzensgeld**

2.5.1 Voraussetzungen für das Schmerzensgeld

Der Unfall der versicherten Person hat zu einer in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzung geführt. Die Verletzung wurde unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld bei uns innerhalb eines Jahres nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht.

2.5.2 Art und Höhe des Schmerzensgeldes

Das Schmerzensgeld zahlen wir als Einmalzahlung. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungs-Summe und der für die eingetretene Verletzung in der Schmerzensgeldtabelle festgelegte Prozentsatz.

Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, so werden die entsprechenden Prozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht geleistet.

Mehrere Verletzungen am selben Gliedmaß, am Kopf oder des Rumpfes durch denselben Unfall gelten jedoch als **eine** Verletzung. Die Leistungsberechnung erfolgt hierbei nach der Verletzung, für die in der Schmerzensgeldtabelle der höhere Prozentsatz festgelegt ist.

Schmerzensgeldtabelle

Körperteil	Bruch	Anbruch, Haarriss, Luxation, knöcherner Ausriss am/an
Schädeldach	100 %	50 %
Kopfgelenk der Schulter, Ellbogen, Knie, Hüftgelenk, Oberschenkelhals	80 %	40 %
Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, Becken	60 %	30 %
Arm, Bein, (ohne Gelenkbeteiligung), Hand, Fuß, Handgelenk, Sprunggelenk, Kiefer, Jochbein, Augenhöhle	40 %	20 %
Nasenbein, Schulterblatt, Schlüsselbein, Brustbein, Steißbein, Rippenserien, Kreuzbein	30 %	15 %
Rippen, Fingern, Zehen	20 %	10 %
Amputation		
- oberhalb Ellenbogen, Knie		80 %
- oberhalb Handgelenk, Sprunggelenk		60 %
- von Hand, Fuß		40 %
- von Fingern, Zehen		20 %
Verlust inneres Organ, Auge		50 %
Verätzung/Perforation der Hornhaut des Auges		30 %
Komplette Zerreißung von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln, jeweils an Gliedmaßen oder Wirbelsäule		20 %
Muskelfaserrisse und Teilzerreiungen an Sehnen, Bändern oder Kapseln, jeweils an Gliedmaßen oder Wirbelsäule		10 %
Schädelhirntrauma 2. oder 3. Grades		30 %
Verbrennungen ab 2. Grades von mind. 1% Körperfläche		20 %
Verlust/Abbruch von/an natürlichen Zähnen (keine Milchzähne)		20 %

Verstauchungen, Quetschungen, Prellungen und Platzwunden	5 %
Auch wenn durch einen Unfall mehrere Kleinverletzungen (Verstauchungen, Quetschungen, Prellungen, Platzwunden) vorliegen, so erhalten Sie diese Leistung nur einmal je Unfallereignis. Außerdem erhalten Sie die Leistung für Kleinverletzungen nur, sofern aufgrund des Unfalls kein Schmerzensgeld für eine Verletzung mit höherem Prozentsatz beansprucht werden kann.	

2.6 **Krankenhaus-Tagegeld-Plus**

2.6.1 Voraussetzungen für das Krankenhaus-Tagegeld-Plus

Befindet sich die versicherte Person wegen des Unfalls

- in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- nimmt sie an Maßnahmen zur vollstationären Rehabilitation teil oder
- unterzieht sie sich wegen eines Unfalls einer ambulanten Operation,

besteht ein Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld-Plus. Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als Heilbehandlung oder Rehabilitation im Sinne dieser Regelung, selbst wenn sie medizinisch notwendig waren.

2.6.2 Höhe und Dauer des Krankenhaus-Tagegeld-Plus

Das Krankenhaus-Tagegeld-Plus wird in Höhe des vereinbarten Betrags für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Bei unfallbedingten ambulanten Operationen zahlen wir den dreifachen vereinbarten Betrag.

Ist die versicherte Person aus der vollstationären Behandlung entlassen (nicht lediglich verlegt) worden, zahlen wir darüber hinaus den vereinbarten Betrag für die gleiche Anzahl von Kalendertagen der vollstationären Behandlung, längstens für 4 Wochen je Unfallereignis.

2.7 **Todesfall-Leistung**

2.7.1 Voraussetzungen für die Todesfall-Leistung

Ist die versicherte Person innerhalb eines Jahres an den Unfallfolgen gestorben, besteht ein Anspruch auf die Todesfall-Leistung.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 5.6 weisen wir hin.

2.7.2 Höhe der Todesfall-Leistung

Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungs-Summe gezahlt.

2.8 **Kosten für kosmetische Operationen**

2.8.1 Voraussetzungen für die Kosten für kosmetische Operationen

Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

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

2.8.2 Art und Höhe der Kosten für kosmetische Operationen

Wir leisten Ersatz bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungs-Summe für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten sowie für
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,

- notwendige Kosten einer Zahn-Behandlung oder Zahnersatz-Maßnahme bei einem unfallbedingtem Verlust oder Teilverlust von Schneide- oder Eckzähnen.

Für sonstige Zahnbehandlungs- und Zahnersatz-Kosten leisten wir keine Erstattung.

Erbringen Dritte hierfür Leistungen, entfällt insoweit unsere Leistungspflicht.

2.9 Bergungskosten

Art der Bergungskosten

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

Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person vom Unfallort zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik sowie 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 unfallbedingtem Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingtem Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

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

2.9.1 Höhe der Bergungskosten

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

3 Was gilt bei Krankheiten oder Gebrechen?

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich der Prozentsatz des Invaliditätsgrades bzw. in allen übrigen Fällen die Leistung entsprechend dem Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens, soweit dieser 40 Prozent oder mehr beträgt.

4 Was ist nicht versichert?

- 4.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.2 ist die überwiegende Ursache.

- 4.2 Infektionen und zwar auch dann, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse (mit Ausnahme von FSME und Lyme-Borreliose aufgrund von Zeckenstichen) oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten. Für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten, besteht Versicherungs-Schutz. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person verursacht sind, besteht Versicherungs-Schutz, wenn diese durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- 4.3 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Versicherungs-Schutz besteht jedoch für solche krankhaften Störungen, die durch unfallbedingte organische Verletzungsfolgen hervorgerufen werden.

- 4.4 Bauch- oder Unterleibsbrüche, es sei denn, diese sind durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden.

- 4.5 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

- 4.6 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, es sei denn, die Heilmaßnahmen oder Eingriffe (auch strahlendiagnostische und -therapeutische) waren durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst.

- 4.7 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ereignen, es sei denn, dass diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Mitversichert sind Unfälle infolge von Herzinfarkt oder Schlaganfall. Die unmittelbaren, unfallunabhängigen Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst sind jedoch nicht versichert.

Mitversichert sind auch Unfälle, die durch Trunkenheit verursacht wurden, sofern die Blutalkoholkonzentration bei Lenkern von Kraftfahrzeugen 1,1 Promille und in allen sonstigen Fällen 1,6 Promille, nicht übersteigt.

- 4.8 Unfälle der versicherten Person als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs bei Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

- 4.9 Unfälle der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.

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

- 4.11 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Es sei denn, die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend hiervon betroffen. Der Versicherungs-Schutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn dieser Ereignisse auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

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

5 Was ist nach einem Unfall zu beachten? Welche Folgen hat die Verletzung dieser Obliegenheiten?

Ohne die Mithilfe des Anspruchstellers können wir unsere Leistung nicht erbringen. Damit wir die Leistungsvoraussetzungen prüfen können, bestehen nach einem Unfall folgende Obliegenheiten (Verhaltensregeln):

- 5.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 5.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten (z. B. Unfallanzeige), müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

- 5.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person von diesen untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaussfalls.
- 5.4 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.
- 5.5 Erfolgt bei Bezug einer Unfall-Pflegerente innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eine Neubegutachtung für die gesetzliche Pflege-Versicherung, haben Sie oder die versicherte Person uns dieses Gutachten zur Verfügung zu stellen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich die Frist von drei auf fünf Jahre.
- 5.6 Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden. Dies gilt auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 5.7 Wird eine der genannten Obliegenheiten, die nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles zu erfüllen ist, vorsätzlich verletzt, geht der Leistungs-Anspruch verloren. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen. Die Kürzung kann bis zur vollständigen Leistungs-Freiheit führen. Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Leistungs-Anspruch bestehen. Der Leistungs-Anspruch 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 oder wir Sie nicht durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Bei arglistiger Obliegenheitsverletzung verlieren Sie den Leistungs-Anspruch in jedem Fall. Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person werden Ihnen zugerechnet.

6 An wen und wann erbringen wir die Leistung?

- 6.1 Die Leistungen erbringen wir an Sie oder Ihre Erben, soweit Sie uns keine andere Person (bezugsberechtigte Person) benannt haben, an die wir die Leistung auszahlen sollen.
- 6.2 Die Leistungen sind fällig mit dem Abschluss der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungen notwendigen Erhebungen.
- 6.3 Sind diese nicht innerhalb eines Monats seit Anzeige des Versicherungsfalles beendet, können Abschlagszahlungen bis zur Höhe der voraussichtlichen Mindestleistung verlangt werden. Bei Berechnung dieser Frist zählt der Zeitraum nicht mit, in dem die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Anspruchstellers nicht beendet werden können.
- 6.4 Nach Vorlage der zur Beurteilung eines Leistungsantrags erforderlichen Unterlagen haben wir innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Frist beginnt mit der Vorlage folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, so-

weit es für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist,

- bei der Unfall-Pflegerente zusätzlich der Leistungsbescheid über die dauernde Pflege-Bedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 2 der gesetzliche Pflege-Versicherung.

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

- 6.5 Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfall-Summe beansprucht werden.
- 6.6 Die ärztlichen Gebühren, die zur Begründung des Leistungs-Anspruchs entstehen, übernehmen wir bis zu 50,00 Euro.
- 6.7 Bei unfallbedingt ärztlich angeordneten Medikamenten übernehmen wir nachgewiesene Kosten bis zu 100,00 Euro je Unfall.
- 6.8 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit vier Prozent jährlich zu verzinsen.
- 6.9 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Versicherungs-Schutz und Versicherungs-Beitrag

7 Wann beginnt der Versicherungs-Schutz?

Der Versicherungs-Schutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen.

8 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- 8.1 Die vereinbarten Beiträge sind ab Vertrags-Beginn zu bezahlen. Der erste Beitrag (Erstbeitrag) wird sofort mit Zustandekommen des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungs-Schein angegebenen Beginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen.
- 8.2 Im Lastschriftverfahren sind Sie nur soweit zur Übermittlung ausstehender und zukünftiger Beiträge verpflichtet, wie wir Sie in Textform hierzu auffordern. Wir sind dann nicht mehr zum Beitragseinzug verpflichtet. Sie müssen im Lastschriftverfahren sicherstellen, dass der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden kann. Zudem darf einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen werden. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden wiederholt nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform erteilten Zahlungsaufforderung erfolgt.
- 8.3 Wird kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, erfolgt die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Die

Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

- 8.4 Konnte der Erstbeitrag von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können dies nur solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht kein Anspruch auf die Leistung. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die Nichtzahlung nachweislich nicht zu vertreten haben. Wurden wir ermächtigt, die Beiträge von einem Konto einzuziehen, besteht auch bei Nichtzahlung des Erstbeitrags Versicherungs-Schutz. Dies gilt nicht, wenn die Bank den Einzug des Beitrags zum Fälligkeitstag mangels Kontodeckung nicht durchgeführt hätte.

- 8.5 Konnte ein Folgebeitrag von uns nicht rechtzeitig eingezogen werden oder zahlen Sie diesen nicht rechtzeitig, erhalten Sie eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht fristgerecht, können wir den Vertrag kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und waren Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug, sind wir leistungsfrei. Auf die Rechtsfolgen weisen wir Sie im Mahnschreiben umfassend hin. Die Kündigung können wir für den Fall der Nichtzahlung der Beiträge bereits im Mahnschreiben erklären.

- 8.6 Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungs-Steuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

- 8.7 Nur soweit ein Anspruch von Ihnen gegen uns anerkannt oder rechtskräftig festgestellt ist, können Sie mit diesem gegen unsere Forderungen aufrechnen.

- 8.8 Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie Ihrem jeweils gültigen Versicherungs-Schein.

Er richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertrags-Beginn vollendeten Lebensjahre.

Nach Ablauf des Versicherungsjahres in dem die versicherte Person das 18., 50., 70. und 80. Lebensjahr vollendet, ergeben sich die Versicherungs-Beiträge nach dem dann für die jeweils folgende Altersgruppe gültigen Tarif. Die Neufestsetzung des Beitrages wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam (in der Regel Hauptfälligkeit des Vertrages), der auf die Mitteilung der Neufestsetzung folgt. Sie haben aber auch die Wahl, den vor diesem Termin gültigen Beitrag beizubehalten und können eine entsprechende Anpassung der Versicherungs-Leistung verlangen. Verlangen Sie diese Anpassung nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres, setzt sich der Vertrag entsprechend dem für die jeweilige Altersgruppe gültigen Tarif fort.

- 8.9 Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und bei Versicherungs-Beginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, die Versicherung nicht gekündigt war und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungs-Summen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungs-Nehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

- 8.10 Erlischt der Versicherungs-Schutz für die Unfallrente nach Ziffer 2.2 oder für die Unfall-Pflegerente nach Zif-

fer 2.3 so werden die Beiträge für die jeweilige Leistung, die ab Beginn des Rentenbezugs entrichtet wurden, zurückerstattet. Eine Verzinsung der Beiträge erfolgt nicht.

- 8.11 Sind in dem Vertrag mindestens 2 Personen versichert, so wird Ihnen ein Familientarif in Form eines ermäßigten Beitrags gewährt. Ist nur noch eine Person versichert, entfällt die Beitrags-Ermäßigung und der Vertrag wird auf den dann gültigen Tarif der Einzelunfallversicherung umgestellt, wobei der ursprüngliche Vertrag zwischen Ihnen und uns bestehen bleibt. Über die Vertragsänderung informieren wir Sie in Textform.

9 Wann endet der Vertrag?

- 9.1 Der Vertrag ist für die im Versicherungs-Schein angegebene Zeit abgeschlossen. Er verlängert sich bei einer Vertrags-Dauer von einem Jahr stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Bei einer Vertrags-Dauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

- 9.2 **Der Vertrag kann von Ihnen ohne besondere Frist zum Ablauf des jeweiligen Versicherungs-Monats in Textform gekündigt werden. Als Versicherungs-Monat gilt der Zeitraum eines Monats, gerechnet vom Tag des im Versicherungs-Schein angegebenen Beginns.**

- 9.3 Der Vertrag kann von uns unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform gekündigt werden.

- 9.4 **Nach Eintritt des Versicherungsfalls können Sie oder wir den Vertrag in Textform kündigen.**

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der 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.

- 9.5 Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungs-Verhältnis.

- 9.6 Bei Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die versicherte Person. Sie sind verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungs-Fähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

Wenn eine versicherte Person erst während der Vertrags-Laufzeit in der gesetzlichen Pflege-Versicherung in den Pflegegrad 1 oder 2 eingestuft wird, entfallen die Leistungsarten Unfall-Pflegerente, Reha-Hilfeleistungen und Privathilfe-14 bzw. 180 ab diesem Zeitpunkt.

Weitere Regelungen

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

- 10.1 Die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungs-Nehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

10.3 Die Versicherungs-Ansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

11 Was gilt für Mitteilungen oder bei Änderung Ihrer Anschrift?

11.1 Ihre den Vertrag betreffenden Mitteilungen können mündlich erfolgen. Es sei denn etwas anderes

- wird ausdrücklich vereinbart (z.B. Textform),
- ist gesetzlich vorgeschrieben.

Die Vertrags-Sprache ist deutsch.

11.2 Falls Sie uns eine Änderung

- Ihrer Anschrift oder
- Ihres Namens

nicht mitteilen, gilt Folgendes: Es genügt für eine Ihnen gegenüber abzugebende Erklärung die Absendung eines Einschreibens an die letzte uns von Ihnen bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

12 Welches Recht gilt und welches Gericht ist zuständig?

12.1 Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

12.2 Klagen aus dem Vertrag gegen uns können Sie an das für Ihren Wohnsitz oder unseren Sitz zuständige Gericht richten.

12.3 Für Klagen gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts zuständig.

12.4 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, ist ausschließlich das für unseren Sitz zuständige Gericht in Deutschland zuständig.

13 Wann verjähren die Ansprüche?

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

Die Verjährung ist für bei uns angemeldete Ansprüche gehemmt. Dies gilt von der Anmeldung bis zum Zugang unserer Entscheidung in Textform bei Ihnen.