

Die Barmenia garantiert Ihnen, dass die Leistungen der Unfallversicherung „Top-Schutz“

- in keinem Punkt schlechter sind als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen in deren jeweils gültigen Fassung;
- die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden.

Damit Sie sich in kurzer Zeit einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Barmenia-Unfallversicherung „Top-Schutz“ verschaffen können, sind in der folgenden Übersicht nur die wichtigsten Vorteile aufgeführt. **Die Darstellung ist somit nicht vollständig – die ausführlichen verbindlichen Regelungen finden Sie in den „Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz“ (ab Seite 5).**

In der Übersicht ist zu den einzelnen Punkten vermerkt, unter welcher Ziffer und auf welcher Seite der Versicherungsbedingungen die ausführlichen verbindlichen Regelungen zu finden sind.

Diese Leistung des Top-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite	unter Ziffer
– Versichert sind Unfälle – weltweit. Wir leisten für Gesundheitsschädigungen, die durch Unfälle hervorgerufen werden.	7	1
– Keine Leistungsminderung bei Mitwirkung von Krankheiten/Gebrechen an den Unfallfolgen bis zu einem Mitwirkungsanteil von 50 %: Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Wenn bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die nach einem Unfall aufgetretenen Gesundheitsschädigungen erst hervorgerufen haben oder verschlimmern, wird unsere Leistung nicht gekürzt, wenn der Anteil der Krankheiten/Gebrechen an den Gesundheitsschäden unter 50 % liegt. Erst wenn der Mitwirkungsanteil darüber liegt, wird bei einer Invalidität der Invaliditätsgrad, in allen anderen Fällen die Leistung um diesen Anteil gekürzt.	16	6

A. Diese Leistungsarten können Sie versichern

– Invaliditätsleistung	7	2.1
– Invaliditäts-Kapitalleistung	7	2.1.2
– Unfallrente	8	2.1.3
– Krankenhaustagegeld	8	2.2
– Genesungsgeld (automatisch versichert, wenn Sie ein Krankenhaustagegeld gewählt haben)	9	2.3
– Todesfallleistung	9	2.4
– Übergangsleistung	9	2.7

B. Wichtige Fristen zur Invaliditätsleistung

– Für den Anspruch auf eine Invaliditätsleistung müssen folgende Fristen eingehalten werden:	7	2.1.1.2
– Die Invalidität muss eingetreten sein innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall;		
– Die Invalidität muss ärztlich festgestellt sein innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall;		
– Sie müssen Ihren Anspruch auf Invaliditätsleistung geltend machen innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall.	7	2.1.1.3

C. Erweiterungen des „Unfallbegriffs“

Mitversichert sind auch folgende Ereignisse und Gesundheitsschäden:		
– Ertrinken;	7	1.4.1.1
– Tauchtypische Gesundheitsschäden z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung; wir leisten auch für die Behandlung in einer Dekompressionskammer (im Rahmen der Bergungskosten);	7 + 10	1.4.1.1+ 3.2.2.1
– Erfrierungen;	7	1.4.1.2
– Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich;	7	1.4.1.3
– Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug (auch Ersticken);	7	1.4.1.4

Diese Leistung des Top-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer	
– Bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschäden wegen der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen;	7	1.4.2
– Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, Staubwolken und Säuren (nicht aber Berufs-/Gewerbekrankheiten);	7	1.4.3
– Vergiftungen (durch Einnahme schädlicher Stoffe) – auch Nahrungsmittelvergiftungen sind versichert;	7	1.4.4 a)
– Vergiftungen durch den Kontakt zu Pflanzen oder anderen Stoffen;	7	1.4.4 b)
– Alkoholvergiftungen;	7	1.4.4 c)
– Durch erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen verursachte – Bauch- oder Unterleibsbrüche, – Verrenkungen von Gelenken, – Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken, – sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, nicht aber Schädigung der Bandscheiben und Verletzungen an Kopf, Lunge und Herz und Blutungen innerer Organe;	7	1.4.5
– Gesundheitsschädigungen durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme.	7	1.4.6

D. Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen

Unter Ziffer 8 der Versicherungsbedingungen sind die Versicherungsausschlüsse geregelt. Von diesen Ausschlüssen gelten etliche Ausnahmen, für die wir trotzdem leisten. Hier die wichtigsten Fälle, für die wir Versicherungsschutz bieten:

– Für eine Todesfalleistung bis zum Betrag von 5.000 EUR wird der Ausschluss "Bewusstseinsstörungen" nicht angewendet (das gilt nicht beim Führen eines Kfz unter Alkoholeinfluss von mehr als 1,3 ‰ Blutalkoholgehalt);	17	8.1.1
– Unfälle bei Raufereien und Schlägereien sind mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war;	17	8.1.2
– Kitesurfen;	17	8.1.4
– Fahrtveranstaltungen (bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt) sind versichert (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten und Sicherheitstrainings);	17	8.1.5 a)
– Gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Kartanlagen sind versichert (nur in Europa);	17	8.1.5 b)
– Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert.	17	8.2.2

E. Generell im Versicherungsschutz enthaltene Leistungsarten

– Rehabilitations-Management-Serviceleistungen bis 10.000 EUR;	9	3.1
– Bergungskosten inklusive Rücktransportkosten bis 100.000 EUR;	10	3.2
– Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten in Höhe der tatsächlich aufgewendeten Kosten – ohne Begrenzung	10	3.3
– Sofortleistung bei bestimmten Schwerverletzungen bis 6.000 EUR;	10	3.4
– Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnersatzkosten;	10	3.5
– Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 %-iger Invalidität bis zu 10.000 EUR (z. B. für den Umbau von Kfz und Wohnung oder Umzug);	10	3.6
– Kostenbeteiligung bis 5.000 EUR – bis 3 Jahre nach dem Unfall – für – ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel (z. B. für Arm-/Beinprothese, Geh-/Stützapparate, Roll-/Krankenfahrstuhl), – künstliche Organe und Organtransplantationen;	11	3.7
– Umschulungsmaßnahmen – Kostenerstattung bei Durchführung einer staatlich anerkannten Umschulung wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit bis 6.000 EUR;	11	3.8
– Haushaltshilfegeld bis 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage;	11	3.9
– Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme (Kostenübernahme für die ersten 10 Sitzungen);	11	3.10
– Für Nachhilfeunterricht versicherter Kinder übernehmen wir vom 15. bis zum 35. Tag nach dem Unfall die Kosten bis zu 30 EUR je Tag;	11	3.11
– Versicherungsschutz (bei a) und g) ausschließlich für die Invaliditäts-Kapitalleistung und Unfallrente) besteht für a) folgende Infektionen nach einer Wartezeit von 3 Monaten: Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), Kinderlähmung (Poliomyelitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Typhus, Windpocken, b) Folgende weitere Infektionskrankheiten (Wartezeit 3 Monate): Borreliose, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Tularämie (Hasenpest), c) Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut, d) Infektionen durch Tierbisse,	11	3.12

Diese Leistung des Top-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer	
e) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen einschließlich Blutvergiftungen und Wundinfektionen, f) Infektionen durch geringfügige Haut-/Schleimhautverletzungen, wenn das ursächliche Ereignis innerhalb vier Wochen angezeigt wurde (Wartezeit 3 Monate), Nicht infektionsbedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme auf Grund einer solchen allergischen Reaktion gilt als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt. – Impfschäden nach einer Schutzimpfung (Wartezeit 3 Monate); – Volle Kostenübernahme bei Rooming-In Leistungen für minderjährige Kinder für bis zu 14 Tagen; – 5.000 EUR bei Tod beider bei uns versicherter Elternteile durch ein Unfallereignis. – Mitversicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen (beim Lenken von Kfz gilt die Mitversicherung bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,3 ‰); – Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente; – Der Ausschluss "Bewusstseinsstörungen" wird nicht angewendet bei – Herzinfarkt, – Schlaganfall; – Bewusstseinsstörungen, die durch die unfreiwillige Verabreichung von sog. K.-o.-Tropfen verursacht werden. – Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln und das Einschlafen durch Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörung.	11 11 12 12 12 12 12 12	3.13 3.14 3.15 3.16 a) 3.16 b) 3.16 c) 3.16 e) 3.16 f)
F. Familien-Vorsorgeversicherung		
– Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für Ihren Ehepartner ab Eheschließung und Ihre Kinder ab Geburt bzw. Adoption für 1 Jahr mit den Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, die für Sie vereinbart sind, höchstens 50.000 EUR für die Invaliditäts-Kapitalleistung und 500 EUR für die Unfallrente.	16	5
G. Der Versicherungsschutz kann ergänzt werden um folgende Leistungen (gegen Zusatzbeitrag)		
– Leistungsdynamik zur Unfallrente: Zahlen wir eine Unfallrente, so wird sie zum 01.01. jeden Jahres um 1,5 % erhöht;	12	4.1
– Schmerzensgeld bei bestimmten Unfallverletzungen z. B. Knochenbrüche, bis 5.000 EUR;	12	4.2
– Verschiedene Progressionsstaffeln;	12/13	4.3 bis 4.8
– Rentenmodelle Verdoppelung der Rente "ab 90 % Invalidität" oder "bei Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 4)";	13	4.9
– Hilfeleistungen/Familienhilfe ▪ Schnelle Hilfeleistungen bis zu 6 Monate nach dem Unfall (Menüservice, Hausnotruf, Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen, Besorgungen und Einkäufe, Reinigung der Wohnung, Waschen und Pflegen der Wäsche, Körperpflege, Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme; ▪ bis zu 14 Tagen leisten wir eine Versorgung von Haustieren und ▪ bis zu einer Woche leisten wir Krankenhaushilfe; ▪ Familienhilfe bis zu einem Monat nach dem Unfall: Organisation und Bezahlung einer Betreuungsperson für die Kinderbetreuung und –versorgung und Haushaltsführung; Die Betreuungsperson sorgt auch für die Mobilität der Kinder (Begleitung zur Tagesstätte, Kindergarten, Schule, Vereinssportveranstaltungen, organisierten entgeltlichen Kursen/Unterrichtsstunden, Arztterminen etc.).	14	4.10
– Einmalige Sofortleistung (Diagnosegeld) bei Krebs.	15	4.11
H. Wichtige Obliegenheiten nach einem Unfall		
– Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seine Anordnungen befolgt werden – außerdem müssen Sie uns informieren;	19	11.1
– Es gilt nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ein Arzt zu spät hinzugezogen wird;	19	11.1
– Folgenlos bleibt eine versehentlich unterbliebene Anzeige bzw. Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, wenn diese nach Erkennen des Versehens unverzüglich nachgeholt wird.	19	12 b)
I. Beitragsfreistellung		
– Der Unfallschutz wird für mitversicherte minderjährige Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr beitragsfrei weitergeführt, wenn Sie – während der Vertragslaufzeit durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber durch Krieg/Bürgerkrieg) – Voraussetzung: Sie waren bei Vertragsabschluss jünger als 55 Jahre, – durch einen Unfall mindestens zu 50 % invalide werden;	20	15.6.1

Diese Leistung des Top-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer	
– Die Beitragsfreistellung gilt auch für den mitversicherten Ehe-/Lebenspartner bis zum 18. Lebensjahr des jüngsten versicherten Kindes.	20	15.6.4

J. Sonstige Erweiterungen zu einzelnen Leistungsarten

– <u>Zur Invaliditätsleistung:</u>		
– Um 20 % erhöhte Invaliditäts-Kapitalleistung bei Kopfverletzungen, die die versicherte Person bei einem Fahrrad-, Pedelec-, eScooter-, Ski-, Reit- oder Inliner-Unfall erlitten hat, obwohl sie durch einen Helm geschützt war.	8	2.1.2.4
– Ein Vorschuss bei laufendem Heilverfahren auf die zu erwartende Invaliditätsleistung ist möglich innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, ist ein Vorschuss bis zu einem Betrag von 10.000 EUR möglich (Voraussetzung: Die versicherte Person ist nicht in Lebensgefahr);	19	13.3
– <u>Zum Krankenhaustagegeld (bis zu 3 Jahre nach dem Tag des Unfalls):</u>		
– Für Aufenthalte in Sanatorien im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zahlen wir für bis zu 60 Tage 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegeldes;	8	2.2.1.1 + 2.2.2.2
– Wir leisten auch für Aufenthalte in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Reha dient;	8	2.2.1.2
– Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze;	8	2.2.1.3
– Das Krankenhaustagegeld wird für bis zu 14 Tage verdoppelt bei einem Unfall und vollstationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland;	8	2.2.2.1
– <u>Rooming-In für Kinder bis 14 Jahre:</u>		
– Wird ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung;	8	2.2.2.4
– <u>Zum Genesungsgeld:</u>		
– Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, wie Krankenhaustagegeld gezahlt wurde, längstens aber für 200 Tage;	9	2.3.2
– Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze;	8/9	2.2.2.3 + 2.3.2
– <u>Zur Todesfallleistung:</u>		
– Verschollenheit nach §§ 5 bis 7 Verschollenheitsgesetz gilt als Nachweis des Unfalltodes;	9	2.4.1.1
– <u>Für minderjährige Kinder bei Unfalltod beider Eltern:</u>	9	2.4.2.1
– Sterben beide Eltern bei einem Unfallereignis und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppeln sich die vereinbarten Todesfalleleistungen der Eltern. Die Mehrleistung ist begrenzt auf 60.000 EUR.		
– Um 20 % erhöhte Todesfalleleistung bei Kopfverletzungen, die die versicherte Person bei einem Fahrrad-, Pedelec-, eScooter-, Ski-, Reit- oder Inliner-Unfall erlitten hat, obwohl sie durch einen Helm geschützt war.	9	2.4.2.2
– Keine Verpflichtung, den Unfalltod innerhalb einer bestimmten Frist zu melden.		

Stand 01.01.2024

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz. Zusammen mit dem Angebot/Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

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

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

Ihre Barmenia

Wer ist wer?

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

Sämtliche Personenbezeichnungen in diesen Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz gelten gleichermaßen für männliche, weibliche und anderweitige Geschlechter.

Inhaltsübersicht**Der Versicherungsumfang**

1	Was ist versichert?7	4
1.1	Grundsatz.....7	
1.2	Geltungsbereich.....7	4.1
1.3	Unfallbegriff.....7	
1.4	Erweiterter Unfallbegriff.....7	4.2
1.5	Einschränkung unserer Leistungspflicht.....7	4.3
2	Welche Leistungsarten können vereinbart werden?7	4.4
	Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?7	4.5
2.1	Invaliditätsleistung.....7	4.6
2.1.2	Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung.....7	4.7
2.1.3	Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %.....8	4.8
2.2	Krankenhaustagegeld.....8	
2.3	Genesungsgeld.....9	4.9
2.4	Todesfalleistung.....9	4.10
2.5	Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie).....9	4.11
2.6	Planmäßige Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (Summendynamik).....9	5
2.7	Übergangsleistung.....9	6
3	Welche Leistungen sind generell mitversichert?9	6.1
3.1	Rehabilitations-Management-Serviceleistungen.....9	6.2
3.2	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze.....10	7
3.3	Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten.....10	8
3.4	Sofortleistung bei Schwerverletzungen ..10	8.1
3.5	Kosten für kosmetische Operationen.....10	8.2
3.6	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen.....10	9
3.7	Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel.....11	9.1
3.8	Umschulungsmaßnahmen.....11	9.2
3.9	Haushaltshilfegeld.....11	9.3
3.10	Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme.....11	10
3.11	Kosten für Nachhilfeunterricht.....11	10.1
3.12	Infektionen und Insektenstiche.....11	10.2
3.13	Schutzimpfungen.....11	
3.14	Rooming-In Leistung für minderjährige Kinder.....11	
3.15	Unfalltod beider Elternteile.....12	
3.16	Unfälle der versicherten Person durch bestimmte Bewusstseinsstörungen.....12	

Welche Leistungserweiterungen können gegen zusätzlichen Beitrag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden?

Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik).....12	
Schmerzensgeld bei bestimmten Unfallverletzungen.....12	
Progressive Invaliditätsstaffel 225 %-Staffel.....12	
Progressive Invaliditätsstaffel 350%-Staffel.....12	
Progressive Invaliditätsstaffel 500 %-Staffel.....13	
Progressive Invaliditätsstaffel 500 %-Plus-Staffel.....13	
Progressive Invaliditätsstaffel 700 %-Staffel).....13	
Progressive Invaliditätsstaffel 1.000 %-Staffel.....13	
Rentenmodelle und Voraussetzungen13	
Hilfeleistungen/Familienhilfe14	
Einmalige Sofortleistung (Diagnosegeld) bei Krebs15	

Familien-Vorsorgeversicherung16

Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?16	
Krankheiten und Gebrechen16	
Mitwirkung17	

Kündigungsmöglichkeit bei Pflegebedürftigkeit.....17

Was ist nicht versichert?17	
Ausgeschlossene Unfälle.....17	
Ausgeschlossene Gesundheitsschäden..17	

Garantien der Barmenia

Künftige Bedingungsverbesserungen.....18	
Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen18	
Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis "Beratungsprozesse" empfohlenen Mindestleistungsstandards 18	

Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?18	
Umstellung des Kindertarifs18	
Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.....18	

	Seite		Seite
Der Leistungsfall	17	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	21
11 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	19	Vorvertragliche Anzeigepflicht	21
		Möglich Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	21
12 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	19	Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte	22
		Anfechtung	22
13 Wann sind die Leistungen fällig?	19	Erweiterung des Versicherungsschutzes	22
13.1 Erklärung über die Leistungspflicht	19		
13.2 Fälligkeit der Leistung	19		
13.3 Vorschüsse	19		
13.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades	19	18 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	22
		Gesetzliche Verjährung	22
Die Versicherungsdauer	18.2	Aussetzung der Verjährung	22
14 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	19	19 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	22
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?	19	20 Bedingungsänderung	22
14.1 Beginn des Versicherungsschutzes	19	21 Welches Gericht ist zuständig?	22
14.2 Dauer und Ende des Vertrages	19	22 Welches Recht findet Anwendung?	23
14.3 Kündigung nach Versicherungsfall	20	23 Sanktions-/Embargoklausel	23
14.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen	20	24 Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind	23
14.5 Versicherungsjahr	20		
Der Versicherungsbeitrag	24		
15 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?		Anlage	
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?		Tabelle zu den progressiven Invaliditätsstufen	24
Welche Tarifstufen gibt es beim Kinder-Tarif und beim Erwachsenen-Tarif und welche Regelungen gelten für die Umstufung?	20		
15.1 Beitrag und Versicherungssteuer	20		
15.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag	20		
15.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag	20		
15.4 Beitragszahlung per SEPA-Lastschriftmandat, PayPal oder mit Kreditkarte als Geschäftsgrundlage/ Kündigungsrecht bei Widerruf	20		
15.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	20		
15.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	20		
15.7 Tarifstufen (altersabhängig)	21		
Weitere Regelungen			
16 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	21		
16.1 Fremdversicherung	21		
16.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	21		
16.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	21		

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Als Unfall gelten auch

- 1.4.1.1 das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung;
Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer sind im Rahmen der Bergungskosten (Ziffer 3.2) mitversichert.
- 1.4.1.2 Gesundheitsschäden durch Erfrierungen;
- 1.4.1.3 Gesundheitsschäden durch Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches;
- 1.4.1.4 unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug

1.4.2 Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.

1.4.3 Ein Unfall liegt auch vor, wenn die versicherte Person unfreiwillig Gesundheitsschäden durch allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Staubwolken, Säuren und Ähnliches erleidet, sofern es sich nicht um Gesundheitsschäden handelt, die als Berufs- und Gewerkrankheiten gelten.

1.4.4 Mitversichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen der versicherten Person

- a) als Folge von Vergiftungen durch die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z. B. Nahrungsmittelvergiftungen);
- b) als Folge von Vergiftungen durch den Kontakt zu Pflanzen oder anderen Stoffen, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war;

Beispiele für "Kontakt":

Hautkontakt, einatmen, schlucken

- c) die auf eine konkrete Alkoholvergiftung zurückzuführen sind. Gesundheitsschäden, die auf wiederholten Alkoholkonsum zurückzuführen sind (wie beispielsweise Leberzirrhose), sind ausgeschlossen.

1.4.5 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung

- a) Bauch- und Unterleibsbrüche erleidet,
- b) Gelenke verrenkt,

Beispiel:

Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- c) Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken zerrt oder zerreißt,

Beispiel:

Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

- d) sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule erleidet mit Ausnahme von Bandscheiben.

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

1.4.6 Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme
Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall, wobei in Bezug auf die daraus folgenden Gesundheitsschäden kein Abzug wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 6) vorgenommen wird.

1.4.7 Wird ein Unfall durch Erschrecken ausgelöst, so besteht Versicherungsschutz.

1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 6) sowie zu den Ausschlüssen (Ziffer 8). Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

Für den Fall einer Invalidität können die folgenden Leistungsarten vereinbart werden:

- die Invaliditäts-Kapitalleistung (siehe Ziffer 2.1.2) und/oder
- die Unfallrente (siehe Ziffer 2.1.3).

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

Beispiel:

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

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

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

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

Beispiel:

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel:

Bei einer Versicherungssumme von 100.000 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 EUR.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 13.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxen

2.1.2.2.1 Standard-Gliedertaxe Top-Schutz

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

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
Mittelfinger	10 %

Ringfinger	10 %
kleiner Finger	10 %
sämtliche Finger einer Hand, jedoch maximal ..	55 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	55 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %
Fuß	45 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	65 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Gehör auf beiden Ohren	80 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Sprachvermögen	100 %
Niere	30 %
Beide Nieren oder letzte Niere (falls die andere Niere bereits verloren/ vollständig funktionsunfähig war	100 %
Milz	20 %
Milz bei Kindern bis 14 Jahre	25 %
Gallenblase	20 %
Magen	35 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm – je	35 %
ein Lungenflügel	50 %
Leber	50 %
Bauchspeicheldrüse	35 %
Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.	

Beispiel:

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

Bei allen Berechnungs-Beispielen wird mit der Standard-Gliedertaxe Top-Schutz gerechnet.

2.1.2.2.1.2 Gliedertaxenmodelle

Anstelle der oben aufgeführten Gliedertaxe können Sie als Versicherungsnehmer Gliedertaxenmodelle wählen, die z. B. für bestimmte Berufe konfiguriert wurden, wie die "Gliedertaxe Büro" oder die "Gliedertaxe Arzt".

Das laut dem Versicherungsschein gewählte Gliedertaxenmodell gilt für die jeweilige versicherte Person bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem sie 68 Jahre alt wird, danach entfällt das Gliedertaxenmodell. Es gilt dann die "Standard-Gliedertaxe Top-Schutz". Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann geltenden Tarif beitragsmindernd, Erhöhungen beitragssteigernd aus.

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Beispiel:

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel:

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.1.2.4 Erhöhte Invaliditäts-Kapitalleistung bei Kopfverletzungen wenn ein Schutzhelm getragen wurde

Die vereinbarte Versicherungssumme wird um 20 % erhöht, wenn der Unfall beim

- Fahrrad-/Pedelec fahren (bei Kindern auch Roller-, Lauf- oder Dreiradfahren),
- eScooter fahren,
- Skifahren,
- Inlineskaten, Rollschuhfahren oder Schlittschuhlaufen, Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reitkappe getragen hat.

2.1.3 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %

2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

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

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

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen (Ziffern 4.3 bis 4.8) oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt. Vereinbarte Gliedertaxenmodelle gemäß Ziffer 2.1.2.2.1.2 werden nur berücksichtigt, sofern dies ausdrücklich vereinbart wurde.

2.1.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der nach den vertraglichen Vereinbarungen zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls geltenden Versicherungssumme für die Rentenleistung.

2.1.3.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.1.3.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

2.1.3.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass auf Grund einer Neubemessung nach Ziffer 13.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

2.2 Krankenhaustagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.2.1.1 Sanatoriumsaufenthalt

Bei unfallbedingtem Aufenthalt in Sanatorien wird das Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn die versicherte Person vor dem unfallbedingten Sanatoriumsaufenthalt auf Grund des Unfalles stationär im Krankenhaus behandelt wurde.

2.2.1.2 Aufenthalt in „Gemischten Anstalten“

Erfolgt die unfallbedingte Heilbehandlung in einer Anstalt, die sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so bleibt der Krankenhaustagegeldanspruch bestehen.

2.2.1.3 Ambulante Operationen

Wir zahlen ein Krankenhaustagegeld auch dann, wenn sich die versicherte Person wegen eines Unfalls einer ambulanten chirurgischen Operation unterzieht und sie deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt ist.

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für drei Jahre ab dem Tag des Unfalls.

Für Aufenthalte in Sanatorien gilt eine geringere Leistungshöhe und –dauer gemäß Ziffer 2.2.2.2.

2.2.2.1 Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 14 Tagen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

2.2.2.2 Bei Aufenthalt in Sanatorien gemäß Ziffer 2.2.1.1 zahlen wir längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50 % des versicherten Krankenhaustagegeldes. Eine Mehrleistung gemäß Ziffer 2.2.2.1 gilt hierfür nicht.

2.2.2.3 Bei ambulanten chirurgischen Operationen gemäß Ziffer 2.2.1.3 zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld für drei Tage.

2.2.2.4 Rooming-In für die Kinder-Unfallversicherung

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind

vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

2.3 Genesungsgeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.2.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 200 Tage, und zwar

- für den 1. – 100. Tag in Höhe der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme,
- für den 101. – 200. Tag in Höhe von 25 % der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Todesfalleistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.4.1.1 Verschollenheit

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

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4.2.1 Unfalltod beider Elternteile

Werden durch ein Unfallereignis beide Elternteile tödlich verletzt und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppelt sich die für den jeweiligen Elternteil in diesem Vertrag vereinbarte Versicherungssumme für den Todesfall. Die Gesamtleistung aus dieser Verdoppelung ist auf 60.000 EUR begrenzt.

2.4.2.2 Erhöhte Todesfalleistung bei Kopfverletzungen wenn ein Schutzhelm getragen wurde

Die vereinbarte Versicherungssumme wird um 20 % erhöht, wenn der Unfall beim

- Fahrrad/Pedelec fahren (bei Kindern auch Roller-, Laufrad- oder Dreiradfahren),
- eScooter, fahren
- Skifahren
- Inlineskaten, Rollschuhfahren oder Schlittschuhlaufen, Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reitkappe getragen hat.

2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

2.5.1 Sie können die vereinbarten Versicherungssummen für

- die Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2),
 - die Unfallrente (Ziffer 2.1.3),
 - das Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.2) und
 - die Todesfalleistung (Ziffer 2.4)
- unter den in den Ziffern 2.5.2 und 2.5.3 genannten Voraussetzungen jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Dabei sind die Versicherungssummen für die Invaliditäts-Kapital- und Todesfalleistung auf volle 500 EUR, für die Unfallrente und für das Krankenhaustagegeld auf volle Euro zu run-

den. Der neue Beitrag wird aus den erhöhten Versicherungssummen berechnet. Für die Beitragsberechnung der Summenerhöhung wird das Alter der versicherten Person am Tag des Wirksamwerdens der Erhöhung zu Grunde gelegt.

2.5.2 Voraussetzungen für die Erhöhung der Versicherungssummen

- a) Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- b) Die versicherte Person hat noch keinen Unfall erlitten, der zu einer Leistung aus diesem Vertrag geführt hat.

2.5.3 Begrenzung der Erhöhungsmöglichkeit

- a) Innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren können Sie die Versicherungssummen um 25 % der jeweils zuletzt geltenden Summen heraufsetzen.
- b) Die zum Zeitpunkt der Erhöhung in unseren Annahmerichtlinien festgelegten Höchstversicherungssummen bilden die Höchstgrenze für eine Nachversicherung.

2.6 Planmäßige Erhöhung der Versicherungssummen und des Beitrages (Summendynamik)

– sofern im Vertrag vereinbart –

2.6.1 Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditäts-Kapitalleistung, Unfallrente, Krankenhaustagegeld und Todesfalleistung, werden gemäß den Bestimmungen in Ziffer 2.6.2 jährlich um jeweils 5 % erhöht. Die Versicherungssummen für die Invaliditäts-Kapital- und Todesfalleistung werden auf volle 500 EUR, für die Unfallrente und für das Krankenhaustagegeld auf volle Euro aufgerundet. Für alle anderen Leistungsarten und Leistungserweiterungen erfolgt keine dynamische Erhöhung. Der Beitrag wird aus den neuen Versicherungssummen errechnet. Für die Beitragsberechnung der Summenerhöhung wird das Alter der versicherten Person am Tag des Wirksamwerdens der Erhöhung zu Grunde gelegt.

2.6.2 Eine erhöhte Versicherungssumme gilt für die ab dem im Versicherungsschein genannten Änderungstermin eintretenden Schadensfälle. Mithin entfalten zukünftige Erhöhungen durch die Summendynamik für zum Erhöhungszeitpunkt bereits eingetretene Versicherungsfälle keine Wirkung.

2.6.3 Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres, frühestens aber 11 Monate nach Versicherungsbeginn.

2.6.4 Wir werden Sie über die erhöhten Versicherungssummen unterrichten, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

2.6.5 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie dieser innerhalb von zwei Monaten, nachdem Ihnen unsere Information über die Erhöhung zugegangen ist, in Textform (z. B. per E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen.

2.6.6 Automatische Beendigung der Summendynamik für einzelne versicherte Personen
Die Vereinbarung über die Summendynamik endet – ohne dass eine ausdrückliche Kündigung erforderlich ist – für die jeweilige versicherte Person
a) wenn für diese eine der Versicherungssummen hierfür den Höchstbetrag erreicht hat, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist. Gleichzeitig entfällt auch die Erhöhung der übrigen für die jeweilige ver-

sicherte Person vereinbarten Versicherungssummen.

b) zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 68. Lebensjahr vollendet.

2.7 Übergangsleistung

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.7.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 50 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

2.7.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel:

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

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3 Welche Leistungen sind generell mitversichert?

Die nachstehenden Leistungen sind auch ohne besondere Vereinbarung und ohne gesonderte Beitragsberechnung in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert.

Soweit für die nachstehenden Leistungen ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherer) eintritt, kann der jeweilige Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie sich auch unmittelbar an uns halten.

Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistungen nur aus einer Versicherung beantragt werden.

Soweit Entschädigungsgrenzen genannt sind, werden diese nicht im Rahmen von vereinbarten Dynamikanpassungen erhöht.

3.1 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen

3.1.1 Voraussetzung für die Leistung

Ist nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 auf Basis der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zu erwarten, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitations-Management-Serviceleistungen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen.

3.1.2 Art der Leistung

Wir wählen einen medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienst aus, der in unserem Auftrag die folgenden Serviceleistungen erbringt.

- In der ersten Leistungsphase wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfohlen.

- In der zweiten Leistungsphase werden für die versicherte Person umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung für die kommenden Monate oder Jahre erarbeitet.
- In der dritten Leistungsphase wird die versicherte Person auf Basis der in der zweiten Leistungsphase erarbeiteten Empfehlungen kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleitet.

3.1.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen ausschließlich die für die medizinisch-berufskundliche Beratungstätigkeit anfallenden Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 EUR je Versicherungsfall.

Die Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen entstehen, werden nicht übernommen.

3.1.4 Art und Umfang der Leistungen sowie Dauer der Leistungserbringung

Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Erkrankung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.

Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind, längstens bis zum Erreichen des Höchstbetrages von 10.000 EUR für die Kostenübernahme.

3.1.5 Ort der Leistungserbringung

Die Leistungen werden ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder vom eingeschalteten medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienst vorgeschlagen wurde.

3.1.6 Zahlung ohne endgültige Prüfung des Anspruchs

Da vor einer Einschaltung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienstes nicht immer abschließend geprüft werden kann, ob Versicherungsschutz besteht, ist mit der Erbringung der Rehabilitations-Management-Serviceleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus diesem Vertrag nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Rehabilitations-Management-Serviceleistungen.

3.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik entstanden.

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

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

3.2.2 Art der Leistung

3.2.2.1 Wir ersetzen die Mehraufwendungen für Mittel und Einrichtungen (z. B. Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer nach einem Tauchunfall), die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden der versicherten Person notwendig sind.

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

3.2.2.3 Wir ersetzen bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

3.2.2.4 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

3.2.3 Höhe der Leistung

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 100.000 EUR begrenzt.

3.3 Kurkostenbeihilfe/Reha-Kosten

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige Kur/einen medizinisch notwendigen Sanatoriums-/Rehaaufenthalt (teil- oder vollstationär) durchgeführt. Diese Voraussetzungen müssen von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur- oder Reha-Maßnahme.

3.3.2 Höhe der Leistung für eine Kurmaßnahme

Wir zahlen die nachgewiesenen, von der versicherten Person selbst getragenen Reha-/Kurstkosten ohne Begrenzung. Dabei wird die Regelung der Ziffer 6 entsprechend berücksichtigt.

3.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

3.4.1 Voraussetzung und Umfang der Leistung
Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer im Folgenden genannten Verletzung, wird einmalig eine Sofortleistung in Höhe von 6.000 EUR gezahlt, sofern nicht der Tod innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- b) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;
- c) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades;
- d) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche;
- e) Erblindung;
- f) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:

- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen an unterschiedlichen Gliedmaßen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel);

Beispiel:

Die versicherte Person erleidet einen Fahrradunfall. Durch den Sturz bricht sie sich das Schienbein und den Oberarmknochen. Ein gleichzeitiger Bruch zweier in derselben Gliedmaße befindlicher Röhrenknochen – wie z. B. von Elle und Speiche oder von Schienbein und Wadenbein – löst keinen Leistungsanspruch auf diese "Sofortleistung bei Schwerverletzungen" aus.

oder

- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens;
 - Fraktur des Beckens;
 - Fraktur der Wirbelsäule;
 - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

3.5 Kosten für kosmetische Operationen

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Wir ersetzen die Kosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz oder -teilersatz (z. B. Brücken, Implantate, Kronen, Inlays) versehenen Zähnen entstanden sind.

Ausgeschlossen von dem Kostenersatz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen.

Die kosmetische Operation erfolgt

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

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

3.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (einschließlich Material- und Laborkosten).

3.6 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Hat der Unfall zu einem nach Ziffer 2.1.2.2 ermittelten unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt und wird auf Grund der Unfallfolgen

- ein behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,
- ein behindertengerechter Umbau der Wohnung der versicherten Person oder der Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
- eine behindertengerechte Fortbildung wie Gebärdensprache oder Blindenschrift,
- die Anschaffung und Ausbildung eines erforderlichen Blindenhundes

medizinisch notwendig, erstatten wir hierfür entstehende Kosten bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet bis zur Höhe von 10.000 EUR. Die Leistung wird bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht.

3.7 Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel

Werden auf Grund der Unfallfolgen

- Künstliche Gliedmaßen, künstliche Gelenke, künstliche Organe sowie Organtransplantationen,
 - Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Gehhilfen, Rollstühle, Hörgeräte, Sehhilfen oder Sprechgeräte
- medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, erstatten wir hierfür entstehende Kosten bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet bis zur Höhe von 5.000 EUR. Die Leistung wird bei entsprechendem Nachweis über die medizinische Notwendigkeit und ärztliche Verordnung erbracht.

3.8 Umschulungsmaßnahmen

Hat der Unfall die Berufsunfähigkeit der versicherten Person zur Folge und absolviert sie daher eine staatlich anerkannte Umschulung, werden die Kosten hierfür bis zu 6.000 EUR erstattet. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außer Stande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt. Voraussetzung für die Zahlung ist, dass die Umschulungsmaßnahme spätestens innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, begonnen wird.

3.9 Haushaltshilfegeld

3.9.1 Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der den Haushalt versorgenden versicherten Person, zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 3.9.2 zu betreuen oder zu versorgen, übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe für bis zu 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage.

Sofern Leistungen von gesetzlichen Sozialversicherungsträgern übernommen werden, leisten wir nur für darüber hinaus anfallenden Kosten.

3.9.2 Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person Kinder leben, die zum Zeitpunkt des Unfalls

- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
- in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

3.10 Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, auf Grund ärztlicher Anordnung psychologische Soforthilfe, werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen ersetzt. Diese Leistung erbringen wir, auch ohne dass ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1 vorliegt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 8.2.5 gilt hierfür nicht.

3.11 Kosten für Nachhilfeunterricht

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfalls in medizinisch notwendiger Heilbehandlung und kann nicht am Schul-

unterricht teilnehmen, zahlen wir für die nachweislich angefallenen Kosten für erteilten Nachhilfeunterricht einen Kostenzuschuss in folgender Höhe: ab dem 15. bis zum 35. Tag nach dem Unfall: je 30 EUR.

3.12 Infektionen und Insektenstiche

3.12.1.1 Mitversichert sind Insektenstiche, die nachfolgend abschließend aufgeführten Infektionen und andere Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Wird auf Grund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

3.12.1.2 Versicherungsschutz besteht ausschließlich für:

- a) folgende Infektionskrankheiten: Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), Kinderlähmung (Poliomyelitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Typhus, Windpocken;
- b) folgende weitere Infektionskrankheiten: Borreliose, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Tularämie (Hasenpest);
- c) Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut;
- d) Infektionen durch Tierbisse;
- e) Infektionen, auch Wundinfektionen und Blutvergiftungen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sind, in den Körper gelangten
(Definition: Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.);
- f) Hat ein Unfall nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen zur Folge, besteht Versicherungsschutz nur, wenn uns das ursächliche Unfallereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wird.

Für a) und f) gilt:

Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden besteht ausschließlich für die Leistungsarten Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) und Unfallrente (Ziffer 2.1.3).

Für a), b) und f) gilt:

Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden besteht, wenn die erstmalige Diagnose der Erkrankung durch einen Arzt frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines erfolgt.

3.12.1.3 Die in diesen Versicherungsbedingungen bei den einzelnen Leistungsarten (Ziffer 2) genannten Fristen beginnen in den Fällen der Ziffer 3.12.1.1 und 3.12.1.2 a) bis f) nicht mit dem Unfall (z. B. mit dem Zeitpunkt des Insektenstichs), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

3.12.2 Für Angehörige bestimmter Berufsgruppen im Heilwesen gilt folgender erweiterter Versicherungsschutz für Infektionen:

3.12.2.1 Für Unfallversicherungen von

- Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern,
- Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenschwester, Krankenpflegehelfer/in),

- Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde

gilt:

a) Voraussetzungen für die Leistung:

- aa) Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
- bb) Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der nachfolgend bestimmten Arten in den Körper gelangt sind:
 - durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
 - durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind, gilt: Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt

und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

3.12.2.2 Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren gilt:

a) Voraussetzungen für die Leistung:

- aa) Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
- bb) Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der nachfolgend bestimmten Arten in den Körper gelangt sind:

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

cc) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich Zustande-Kommen und Berufskrankheiten sind.

b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt

und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

3.13 Schutzimpfungen

Versicherungsschutz besteht für Impfschäden durch Schutzimpfungen, sofern die erstmalige Diagnose der Erkrankung durch einen Arzt nicht vor Ablauf von drei Monaten nach Ausstellung des Versicherungsscheines erfolgt.

3.14 Rooming-In Leistung für minderjährige Kinder

Befindet sich das versicherte minderjährige Kind nach einem versicherten Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet eine dem Kind nahestehende Person mit dem versicherten Kind im Krankenhaus

(Rooming-In), so übernehmen wir die dafür anfallenden Mehrkosten für einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), besteht aus diesem Vertrag nur ein Leistungsanspruch auf Erstattung der vom Ersatzpflichtigen nicht übernommenen restlichen Kosten. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, erstatten wir Ihnen (gegen Abtretung Ihrer gegen den oder die anderen Ersatzpflichtigen bestehenden Forderungen auf Zahlung der Rooming-In-Kosten) die gesamten vorgenannten Rooming-In-Kosten.

3.15 Unfalltod beider Elternteile

Werden durch ein Unfallereignis beide über uns un-
fallversicherte Elternteile tödlich verletzt und hinter-
lassen sie minderjährige Kinder, so zahlen wir eine
einmalige Kapitalleistung in Höhe von 5.000 EUR
(ggf. zusätzlich zu Ziffer 2.4.2.1).

3.16 Unfälle der versicherten Person durch bestimmte Bewusstseinsstörungen

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versi-
cherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktions-
fähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforde-
rungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr ge-
wachsen ist.

Versicherungsschutz besteht ausschließlich wenn:

- die Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit verursacht ist; beim Lenken von Kraftfahrzeugen je-
doch nur, wenn der Blutalkoholgehalt nicht über
1,3 Promille liegt;
- die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme
von ärztlich verordneten Medikamenten hervorgeru-
fen wird; Voraussetzung für den Versicherungs-
schutz ist, dass die Medikamente entsprechend den
Anweisungen des Arztes eingenommen wurden.
- die Bewusstseinsstörung durch einen akuten
Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verur-
sacht wurde; die unmittelbaren Gesundheitsschäden
durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst
bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.
- die Bewusstseinsstörung oder der Anfall durch
ein Unfallereignis nach Ziffer 1 verursacht wurde, für
das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz be-
steht.

Beispiel:

Die versicherte Person hatte während der Ver-
tragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirn-
schädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen
epileptischen Anfall, der auf die alte Hirn-
schädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Fol-
gen des neuen Unfalls.

- die Bewusstseinsstörung durch die unfreiwillige
Verabreichung von sogenannten K.-o.-Tropfen verur-
sacht wurde.
- die Bewusstseinsstörung durch Übermüdung
(Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln und dem Ein-
schlafen infolge einer Übermüdung verursacht
wurde.

4 Welche Leistungserweiterungen können gegen zusätzlichen Beitrag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden?

Auf besondere Vereinbarung können Sie Ihren Ver-
sicherungsschutz um die nachstehend genannten
Leistungserweiterungen gegen zusätzliche Beitrags-
zahlung ergänzen. Es gelten jeweils nur die Lei-
stungserweiterungen als vertraglich vereinbart, die im
Versicherungsschein dokumentiert sind.

4.1 Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) – sofern im Vertrag vereinbart –

Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Unfallren-
te gemäß Ziffer 2.1.3, erhöhen wir zum 1.1. eines je-
den Jahres den für das jeweils vergangene Kalen-
derjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 %,
erstmalig zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn
folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsren-
te wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

4.2 Schmerzensgeld bei bestimmten Unfallverletzungen – sofern im Vertrag vereinbart

4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person erleidet einen unter diesen
Versicherungsvertrag fallenden Unfall, der eine der
nachfolgend unter Ziffer 4.2.2 aufgeführten Verlet-
zungen zur Folge hat.

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festge-
stellt werden. Der Anspruch auf diese Leistung er-
lischt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres, vom Un-
falltag an gerechnet, unter Vorlage eines ärztlichen
Berichtes geltend gemacht wird. Der Anspruch er-
lischt auch, wenn die versicherte Person in Folge ei-
nes Unfalls stirbt, bevor der Anspruch geltend ge-
macht wurde.

4.2.2 Höhe der Leistung

- 4.2.2.1 bei Knochenbrüchen
- Schädelknochen, Schädelbasis 5.000 EUR
 - Gesichtsschädel (ohne Nasenbein) .. 1.500 EUR
 - Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule 3.000 EUR
 - Schulterblatt, Schlüsselbein, Brust-
bein, eine oder mehrere Rippen 1.000 EUR
 - Arm einschließlich Hand
(ohne Finger) 1.500 EUR
 - Ein Finger oder mehrere Finger 500 EUR
 - Beckenfrakturen, die nach der
AO-Klassifikation dem Typ A
entsprechen (stabile Beckenfraktur) 500 EUR
 - sonstige Beckenfrakturen
(ohne Steißbein) 5.000 EUR
 - Steißbein 500 EUR
 - Bein einschließlich Fuß
(ohne Zehen) 1.500 EUR
 - Eine Zehe oder mehrere Zehen 500 EUR

Mehrfache Verletzungen eines Knochens werden so
behandelt, als wäre nur eine einzige Verletzung ein-
getreten. Sind mehrere Knochen verletzt, für die ins-
gesamt in der Tabelle ein einziger Betrag ausgewie-
sen ist, so wird dieser auch nur einmal für die Lei-
stungsberechnung angesetzt.

4.2.2.2 bei sonstigen Verletzungen

- Augapfelprellung mit Einblutung in
den Glaskörper 1.500 EUR
- Vollständige Zerreißung von stabi-
lisierenden Kapselbandstrukturen
(Bandrupturen) und vollständige
Zerreißungen von Sehnen
(nicht unter den Versicherungsschutz
fallen Teiltraktionen, Muskel- und
Muskelfaserrisse) 250 EUR
- Verbrennungen ab 2. Grades von
mindestens 20 % der
Körperoberfläche 2.500 EUR
- Ruptur der Milz, Leber oder
einer Niere 500 EUR

4.2.2.3 Sind durch den Unfall mehrere der unter
Ziffer 4.2.2 aufgeführten Verletzungen entstanden,
werden die jeweiligen Beträge zusammengerechnet.
Mehr als maximal 5.000 EUR werden jedoch nicht
angenommen.

4.2.3 Ausschluss der Dynamik

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

4.2.4 Beendigung des Versicherungsschutzes für Schmerzensgeld bei bestimmten Unfallverletzungen

Diese Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrü-
chen entfallen - ohne dass es einer Kündigung be-
darf - zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die
versicherte Person das 68. Lebensjahr vollendet.

4.3 Progressive Invaliditätsstaffel 225 %-Staffel – abgekürzt P225 – sofern im Vertrag vereinbart –

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen
der Ziffern 2.1.2.2 und 6 (Mitwirkung von Krankheiten
und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dau-
ernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geis-
tigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung
der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende
Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des In-
validitätsgrades die im Versicherungsschein festge-
legte Invaliditätssumme;
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden
Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Invaliditäts-
summe;
- für den 50 %, übersteigenden Teil des Invalidi-
tätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten
progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben
wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

Beispiel:

Es wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von
60 % festgestellt. Es ist eine Invaliditäts-
Kapitalleistung (Grundsumme) von
100.000 EUR vereinbart.

Ermittlung des Entschädigungsbetrages:

Invaliditäts- grad	Ziffer	im Beispiel
0 bis 25 %	4.3 a)	1 x 25 % = 25 %
26 bis 50 %	4.3 b)	2 x 25 % = 50 %
51 bis 60 %	4.3 c)	3 x 10 % = 30 %
Summe		105 %

105 % von 100.000 EUR sind 105.000 EUR

In diesem Beispiel würden aufgrund der verein-
barten Progression 105.000 EUR als Invalidi-
täts-Kapitalleistung gezahlt.

4.4 Progressive Invaliditätsstaffel 350 %-Staffel – abgekürzt P350 – sofern im Vertrag vereinbart –

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen
der Ziffern 2.1.2.2 und 6 (Mitwirkung von Krankheiten
und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dau-
ernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geis-
tigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung
der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende
Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil
des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein
festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent über-
steigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache
Invaliditätssumme;
 - für den 50 Prozent übersteigenden Teil des In-
validitätsgrades die fünfmalige Invaliditätssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten
progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben
wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

Beispiel:

Es wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 60 % festgestellt. Es ist eine Invaliditäts-Kapitalleistung (Grundsumme) von 100.000 EUR vereinbart.

Ermittlung des Entschädigungsbetrages:

Invaliditätsgrad	Ziffer	im Beispiel
0 bis 25 %	4.4 a)	1 x 25 % = 25 %
26 bis 50 %	4.4 b)	3 x 25 % = 75 %
51 bis 60 %	4.4 c)	5 x 10 % = 50 %
Summe		125 %

125 % von 100.000 EUR sind 125.000 EUR

In diesem Beispiel würden aufgrund der vereinbarten Progression 125.000 EUR als Invaliditäts-Kapitalleistung gezahlt.

4.5 Progressive Invaliditätsstaffel 500 %-Staffel – abgekürzt P500 – sofern im Vertrag vereinbart –

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2 und 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
 - für den 50 %, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

Beispiel:

Es wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 60 % festgestellt. Es ist eine Invaliditäts-Kapitalleistung (Grundsumme) von 100.000 EUR vereinbart.

Ermittlung des Entschädigungsbetrages:

Invaliditätsgrad	Ziffer	im Beispiel
0 bis 25 %	4.5 a)	1 x 25 % = 25 %
26 bis 50 %	4.5 b)	3 x 25 % = 75 %
51 bis 60 %	4.5 c)	8 x 10 % = 80 %
Summe		180 %

180 % von 100.000 EUR sind 180.000 EUR

In diesem Beispiel würden aufgrund der vereinbarten Progression 180.000 EUR als Invaliditäts-Kapitalleistung gezahlt.

4.6 Progressive Invaliditätsstaffel 500 %-Plus-Staffel – abgekürzt P500-Plus) – sofern im Vertrag vereinbart –

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2 und 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dau-

ernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 25 % übersteigenden, aber unter 50 % liegenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.
 - Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 500 % der Versicherungssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

Beispiel:

Es wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 55 % festgestellt. Es ist eine Invaliditäts-Kapitalleistung (Grundsumme) von 100.000 EUR vereinbart.

In diesem Beispiel würden aufgrund der vereinbarten Progression 500.000 EUR als Invaliditäts-Kapitalleistung gezahlt.

4.7 Progressive Invaliditätsstaffel 700 %-Staffel – abgekürzt P700 – sofern im Vertrag vereinbart –

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2 und 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
 - für den 50 %, nicht aber 90 % übersteigen den Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme;
 - für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierzigfache Invaliditätssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

Beispiel:

Es wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 95 % festgestellt. Es ist eine Invaliditäts-Kapitalleistung (Grundsumme) von 100.000 EUR vereinbart.

Ermittlung des Entschädigungsbetrages:

Invaliditätsgrad	Ziffer	im Beispiel
0 bis 25 %	4.7 a)	1 x 25 % = 25 %
26 bis 50 %	4.7 b)	3 x 25 % = 75 %
51 bis 90 %	4.7 c)	5 x 40 % = 200 %
91 bis 95 %	4.7 d)	40 x 5 % = 200 %
Summe		500 %

500 % von 100.000 EUR sind 500.000 EUR

In diesem Beispiel würden aufgrund der vereinbarten Progression 500.000 EUR als Invaliditäts-Kapitalleistung gezahlt.

4.8 Progressive Invaliditätsstaffel 1.000 %-Staffel – abgekürzt P1.000 – sofern im Vertrag vereinbart –

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2 und 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
 - für den 50 %, nicht aber 90 % übersteigen den Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme;
 - für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebzugfache Invaliditätssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

Beispiel:

Es wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 95 % festgestellt. Es ist eine Invaliditäts-Kapitalleistung (Grundsumme) von 100.000 EUR vereinbart.

Ermittlung des Entschädigungsbetrages:

Invaliditätsgrad	Ziffer	im Beispiel
0 bis 25 %	4.8 a)	1 x 25 % = 25 %
26 bis 50 %	4.8 b)	3 x 25 % = 75 %
51 bis 90 %	4.8 c)	5 x 40 % = 200 %
91 bis 95 %	4.8 d)	70 x 5 % = 350 %
Summe		650 %

650 % von 100.000 EUR sind 650.000 EUR

In diesem Beispiel würden aufgrund der vereinbarten Progression 650.000 EUR als Invaliditäts-Kapitalleistung gezahlt.

4.9 Rentenmodelle und Voraussetzungen – sofern im Vertrag vereinbart –

Wenn eine Unfallrente ab 50 % Invalidität vereinbart wird (Ziffer 2.1.3), kann zusätzlich die Verdoppelung ab 90 % Invalidität oder die Verdoppelung bei Pflegebedürftigkeit vereinbart werden.

4.9.1 Verdoppelung ab 90 % Invalidität

Die versicherte Person ist jünger als 69 Jahre. Bei einer unfallbedingten Invalidität ab 90 % zahlen wir das 2fache der vereinbarten Rente gemäß Ziffer 2.1.3.

4.9.2 Verdoppelung bei Pflegebedürftigkeit

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Die versicherte Person erhält eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.1.3 und
- sie wird während der Vertragslaufzeit,
- aber nach dem Unfall, der zur Rentenleistung geführt hat,
- gleichgültig aus welcher Ursache
- in den Pflegegrad 4 oder in einen höheren Pflegegrad gemäß Pflegestärkungsgesetz II eingestuft.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, verdoppeln wir unsere Unfall-Rentenleistung für die Dauer der Pflegebedürftigkeit.

Beispiel:

Die versicherte Person erhält nach einem Auto-unfall die vereinbarte Unfallrente aufgrund einer 60 %igen Invalidität. Der Versicherungsvertrag läuft unverändert weiter. Jahre später verschlechtert sich der Gesundheitszustand wegen einer Erkrankung, die mit den Unfallfolgen nichts zu tun hat. Nach Begutachtung wird die versicherte Person in Pflegegrad 4 eingestuft. Sie erhält daher ab dem Zeitpunkt der Einstufung die doppelte Rente.

4.10 Hilfeleistungen/Familienhilfe – sofern im Vertrag vereinbart –

4.10.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

4.10.1.1 Hat der Unfall zur Folge, dass die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf, so entsteht Anspruch auf Hilfeleistungen.

4.10.1.2 Die Hilfeleistungen werden für die Dauer erbracht, die die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.10.1.1 hilfsbedürftig ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet.

Die Kinderbetreuung und -versorgung (Ziffer 4.10.2.9) wird längstens für den Zeitraum eines Monats, die Haustierversorgung (Ziffer 4.10.2.10) längstens für zwei Wochen und die Krankenhausilfe (Ziffer 4.10.2.11) längstens für einen Zeitraum von einer Woche erbracht.

4.10.1.3 Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden.

4.10.1.4 Welche der nachfolgenden Hilfeleistungen beansprucht werden können, richtet sich nach dem Umfang der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person. Wir wählen eine Pflegeeinrichtung/einen Dienstleister aus, die/der mit der Pflege hilfsbedürftiger Personen vertraut ist, und beauftragen diese/diesen mit der Ausführung der notwendigen Hilfeleistungen.

4.10.2 Art und Umfang der Leistungen

4.10.2.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person mit täglich einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters und tragen die Kosten dafür. Die versicherte Person kann Menüs aus einem Menüsortiment frei auswählen.

4.10.2.2 Hausnotruf

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und eingerichtet, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist. Wir übernehmen die hierfür anfallenden Kosten.

4.10.2.3 Unterstützung bei Arzt- und Behörden-gängen bis zu zweimal je Woche

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal je Woche. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und – für Fahrten in einem Umkreis von 25 Kilometern Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person – die für die versicherte Person selbst anfallenden Fahrtkosten, soweit diese nicht durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten sind. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometer vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.10.2.4 Besorgungen und Einkäufe bis zu zweimal je Woche

Hierzu zählen

- a) das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- b) das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge),
- c) die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- d) die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie
- e) gegebenenfalls Wäsche zur Reinigung bringen und abholen.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung tragen Sie.

4.10.2.5 Reinigung der Wohnung einmal je Woche
Hierzu zählt das Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche). Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

4.10.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung einmal pro Woche

Hierzu zählen

- das Waschen und Trocknen,
- das Bügeln,
- das Ausbessern,
- das Sortieren und Einräumen sowie
- die Schuhpflege.

4.10.2.7 Körperpflege

Die versicherte Person erhält entsprechend dem Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit folgende Leistungen:

4.10.2.7.1 Ganzwaschung

- Waschen, Duschen, Baden
- Mund-, Zahn- und Lippenpflege
- Rasieren
- Hautpflege
- Haarpflege (Kämmen, gegebenenfalls Waschen)
- Nagelpflege
- An- und Auskleiden einschließlich An- und Ablegen von Körperersatzstücken
- Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches

4.10.2.7.2 Teilwaschung

- Teilwaschung (z. B. Intimbereich)
- Mund-, Zahn- und Lippenpflege
- Rasieren
- Hautpflege
- Haarpflege (Kämmen, gegebenenfalls Waschen)
- Nagelpflege
- An- und Auskleiden einschließlich An- und Ablegen von Körperersatzstücken
- Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches

4.10.2.8 Besteht Anspruch auf Leistung aus der Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI, dann hat die versicherte Person Anspruch auf folgende Leistungen:

Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme (vor Aufnahme der Pflege)

- a) Feststellung der Pflegeprobleme
- b) Feststellung der Ressourcen des Pflegebedürftigen
- c) Planung der Pflegeeinsätze
- d) Gespräch mit Angehörigen/Arzt
- e) Informationen über weitere Hilfen
- f) inkl. Hausbesuchspauschale

4.10.2.9 Kinderbetreuung und -versorgung

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung.

4.10.2.9.1 Voraussetzung für die Kinderbetreuung und -versorgung

- a) Im Haushalt der versicherten Person leben Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls
 - das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
 - in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

b) Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.10.2.9.1 a) zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung gemäß Ziffer 4.10.2.9.2 nach dem individuellen Bedarf. Dabei berücksichtigen wir,

- was die versicherte Person vor dem Unfall üblicherweise an Leistungen erbracht hat und unfallbedingt nicht mehr erbringen kann und
- was nach den Grundbedürfnissen eines Kindes vergleichbaren Alters, Entwicklungsstands und Gesundheitsstands notwendig und üblich ist.

Zusätzlich berücksichtigen wir, inwieweit andere Haushaltsmitglieder den Bedarf an einzelnen Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung in zumutbarer Weise abdecken können. Als zumutbar gelten Leistungen, soweit diesen nicht berechnete Interessen (z. B. Ausübung der Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung) der Haushaltsmitglieder entgegenstehen.

4.10.2.9.2 Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.10.2.9.1 a).

a) Kinderbetreuung und -versorgung

Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung).

Wir versorgen die Kinder in den Bereichen

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Kleiden und Betten

jeweils in ihrem häuslichen Umfeld durch eine Betreuungsperson (Kinderversorgung).

Die Betreuungsperson steht – sofern notwendig – bis zu 24 Stunden am Tag zur Verfügung; ausreichende Ruhezeiten sind zu berücksichtigen. Dabei muss die Betreuungsperson im Haushalt der versicherten Person, wenn möglich in einem eigenen Zimmer, untergebracht werden.

b) Mobilitätsleistung

Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu

- der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule,
 - Vereinssportveranstaltungen sowie organisierten und entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
 - Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen,
- in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und die für die Kinder selbst anfallenden Fahrtkosten. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometer

vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.10.2.9.3 Dauer der Leistung

a) Wir erbringen die Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung (Ziffer 4.10.2.9.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.10.2.9.1 b) nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von einem Monat vom Unfalltag an gerechnet.

b) Sofern Leistungen von gesetzlichen Sozialversicherungsträgern übernommen werden, leisten wir nur für die darüber hinaus anfallenden Kosten.

4.10.2.9.4 Obliegenheiten

Ergänzend zur Ziffer 11 gilt folgende Obliegenheit:

a) Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung, ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe unverzüglich nach dem Unfall bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen.

b) Wird diese Obliegenheit schuldhaft verletzt, können wir nach Maßgabe der Regelungen der Ziffer 12 zur Kürzung der Leistung, zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei sein.

4.10.2.10 Versorgung von Haustieren

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfall für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder verstirbt die versicherte Person unfallbedingt und ist keiner von deren Mitbewohnern physisch in der Lage, die Versorgung der im Haushalt der versicherten Person befindlichen Haustiere zu übernehmen, vermitteln bzw. veranlassen wir (auf Antrag) die Versorgung der Haustiere und übernehmen die dabei anfallenden Kosten bis maximal 25 EUR je Tag, längstens jedoch für den Zeitraum von 14 Tagen.

Als Haustiere gelten nur die Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in rechtlich zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden. Nicht als Haustiere gelten dementsprechend wilde und exotische Tiere (wie z. B. Schlangen, Spinnen).

4.10.2.11 Krankenhaushilfe

Wird die versicherte Person unmittelbar nach einem Unfall in einem Krankenhaus stationär aufgenommen, sorgen wir auf Wunsch dafür, dass

- die Personen, die Sie uns benannt haben bzw. nennen, über den Krankenhausaufenthalt informiert werden;
- die Haus-/Wohnungsschlüssel abgeholt werden;
- eine erste Ausstattung mit den nötigsten Dingen aus der Wohnung der versicherten Person ins Krankenhaus gebracht wird; Hierzu zählen z. B. ausreichend Kleidung, Produkte zur Körperpflege und persönlichen Hygiene, persönliche Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Gehhilfe), persönliche Dinge, die den Klinikaufenthalt angenehmer gestalten (z. B. Bücher, Illustrierte, Musik).
- an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes der Briefkasten der Wohnung der versicherten Person geleert und die Post ins Krankenhaus gebracht wird und
- an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes die Pflanzen in der Wohnung der versicherten Person gegossen werden.

Wir übernehmen die für die Ausführung dieser Leistungen angefallenen Kosten, längstens für die erste Woche des Krankenhausaufenthaltes.

4.10.3 Hilfeleistungen für pflegebedürftige Ehe-/Lebenspartner und Verwandte 1. Grades

4.10.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen

4.10.3.1.1 Betreut die versicherte Person ihren Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, dann erbringen wir die Hilfeleistungen im Rahmen der Ziffern 4.10.1 und 4.10.2.1 bis 4.10.2.8 sowie Ziffer 4.10.4 auch für diese Person (Pflegebedürftiger).

Voraussetzung ist, dass für den Pflegebedürftigen vor dem Unfallereignis eine Pflegestufe/Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung anerkannt wurde, die zum Unfallzeitpunkt noch bestand.

4.10.3.1.2 Erhält der Pflegebedürftige zum Unfallzeitpunkt Sachleistungen (vollumfänglich oder teilweise) von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, erbringen wir die Hilfeleistungen nur, soweit diese nicht von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erbracht werden.

4.10.3.1.3 Besteht für die versicherte Person über diesen Vertrag kein Versicherungsschutz für das Unfallereignis, so kann auch für den Pflegebedürftigen keine Leistung beansprucht werden.

4.10.3.2 Dauer der Leistung

Die Hilfeleistungen für den Pflegebedürftigen werden solange erbracht, wie die versicherte Person unfallbedingt dazu nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Unfall der versicherten Person.

4.10.4 Fälligkeit der Hilfeleistungen

Haben Sie uns gegenüber die Hilfsbedürftigkeit schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.10.2 unverzüglich feststellen und – soweit erforderlich – erbringen. Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Hilfeleistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung von Hilfeleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Hilfeleistungen.

4.10.5 Beitragsanpassung

4.10.5.1 Prüfung der Beiträge für die Hilfeleistungen/Familienhilfe

Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Hilfeleistungen/Familienhilfe beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllung unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.10.5.2 Regeln der Prüfung

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

- a) Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
- b) Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär

bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.

c) Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.10.5.3 Beitragserhöhung

Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Hilfeleistungen/Familienhilfe als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Hilfeleistungen/Familienhilfe bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.10.5.4 Beitragsermäßigung

Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Hilfeleistungen/Familienhilfe als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.10.5.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge
Sind die ermittelten Beiträge für die Hilfeleistungen/Familienhilfe bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Hilfeleistungen/Familienhilfe bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.10.5.6 Kündigung bei Beitragserhöhung
Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.10.5.1 den Beitrag für die Hilfeleistungen/Familienhilfe, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Hilfeleistungen/Familienhilfe gemäß Ziffer 4.10.6 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

4.10.6 Kündigung der Mitversicherung der Hilfeleistungen/Familienhilfe

Sie können die Vereinbarung über die Mitversicherung der Hilfeleistungen/Familienhilfe jederzeit ohne besondere Frist zum Ablauf eines jeden Versicherungsmonats kündigen. Wir können die Mitversicherung der Hilfeleistungen/Familienhilfe unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform kündigen.

4.10.7 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen

Die Regelungen der Ziffer 6 gelten nicht für die Hilfeleistungen.

4.11 Einmalige Sofortleistung (Diagnosegeld) bei Krebs – sofern im Vertrag vereinbart –

Versichert sind – während der Vertragslaufzeit – diagnostizierte Krebserkrankungen nach Ziffer 4.11.1.

Kein Versicherungsschutz besteht für Erkrankungen, die bereits vor Vertragsabschluss diagnostiziert wurden oder deren klinisch relevante Symptome erstmalig vor Vertragsabschluss aufgetreten sind.

Die Erkrankung muss von Ihnen durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen werden.

4.11.1 Feststellung einer Krebserkrankung

4.11.1.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren) mit Stadium/Grad 3 oder 4 (Ziffer 4.11.1.2), bzw. Blutkrebs mit Schweregrad II (Ziffer 4.11.1.2.3).

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ (TIS),
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3,
- sowie alle Hautkrebserkrankungen der Stadien I und II.

4.11.1.2 Bewertungsmaßstab

4.11.1.2.1 Krebs – ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Krebserkrankungen im Sinne der Ziffer 4.11.1.1 gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der "TNM classification of malignant tumours, sixth edition" der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV) sind. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen im Sinne von Ziffer 4.11.1.1 berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation in der zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles jeweils gültigen Fassung (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien, sondern in "Grade" (Schweregrade 1 bis 4) eingeteilt.

4.11.1.2.2 Lymphknotenkrebs

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Lymphsystems einschließlich Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in 4 Stadien eingeteilt.

Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells,

Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells,

Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells,

Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

4.11.1.2.3 Blutkrebs

Als Blutkrebs im Sinne dieser Bedingungen gelten alle Tumorformen des Blutes und der blutbildenden Organe einschließlich Leukämie.

Die Blutkrebserkrankungen werden je nach Ausprägung in 2 Grade eingeteilt.

Schweregrad I:

Blutkrebserkrankung ohne Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation.

Schweregrad II:

Blutkrebserkrankung mit Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation.

4.11.2 Fälligkeit und Höhe des Diagnosegeldes

4.11.2.1 Fälligkeit der Leistung

Das Diagnosegeld zahlen wir innerhalb eines Monats nachdem uns alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen in Textform vorgelegt wurden, sofern die vorgenannten Voraussetzungen für diese Leistungen erfüllt sind.

4.11.2.2 Höhe der Leistung

4.11.2.2.1 Diagnosegeld

Das Diagnosegeld orientiert sich an der im Vertrag vereinbarten Versicherungssumme. Diese können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Das Diagnosegeld ist im ersten Jahr begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt:

- in den ersten sechs Monaten
10 % der vereinbarten Versicherungssumme,
- ab dem 6. Monat bis zum Ende des 12. Monats
50 % der vereinbarten Summe,
- ab dem 2. Jahr die volle vereinbarte Summe.

Bei der Berechnung der vorgenannten Zeitabschnitte wird der im Vertrag vereinbarte Beginn des Versicherungsschutzes für diese Sofortleistung zu Grunde gelegt.

Werden gleichzeitig mehrere Krebserkrankungen nach Ziffer 4.11.1 festgestellt, so hat dies keine Auswirkungen auf die Höhe der Leistung; diese kann nur einmalig in Anspruch genommen werden.

Die Gesamtleistung der "Einmaligen Sofortleistung bei Krebs" ist auf die vereinbarte Versicherungssumme, jedoch max. auf einen Betrag von 25.000 EUR je betroffene Person begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn mehrere Barmeria-Unfallversicherungen mit dieser Leistung abgeschlossen wurden.

4.11.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt für die Leistung "Einmalige Sofortleistung bei Krebs" nicht an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag teil.

4.11.4 Zusatzleistung

Kosten für kosmetische Operationen

a) Voraussetzung für die Leistung:

Es besteht ein versicherter Leistungsfall nach Ziffer 4.11.1.

Die versicherte Person hat sich im Anschluss an die Operation/Heilbehandlung einer kosmetischen Operation unterzogen, um die Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben.

b) Die kosmetische Operation erfolgt

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

Voraussetzung ist zudem, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung zur Deckung der angefallenen Kosten nicht ausreicht.

c) Wir ersetzen die Kosten, für die durch den Krebs bedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz oder -teilersatz (z. B. Brücken, Implantate, Kronen, Inlays) versehenen Zähnen entstanden sind.

Ausgeschlossen von dem Kostenersatz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen.

d) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten für kosmetische Operationen nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (einschließlich Material- und Laborkosten) insgesamt bis zur Höhe des von uns gezahlten Diagnosegeldes.

4.11.5 Beendigung des Versicherungsschutzes nach Ziffer 4.11

4.11.5.1 Beendigung nach Leistung

Wird eine Sofortleistung ausgezahlt, so endet der Versicherungsschutz für das Risiko einer diagnostizierten Krebserkrankung

- für die betroffene versicherte Person
- zum Ende des Monats, in dem das Diagnosegeld an den Leistungsempfänger ausgezahlt wurde

automatisch – ohne dass es einer Kündigung bedarf. Dies gilt auch für weitere Barmeria-Unfallversicherungen – unabhängig davon, ob die Leistung dort in Anspruch genommen wurde oder nicht.

Ein erneuter Einschluss dieser Leistungserweiterung für die entsprechende versicherte Person ist in diesem Fall nicht möglich.

4.11.5.2 Beendigung bei Erreichen der Altersgrenze
Die Absicherung diagnostizierter Krebserkrankungen mit der Leistung "einmalige Sofortleistung bei Krebs" entfällt - ohne dass es einer Kündigung bedarf – spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 68. Lebensjahr vollendet.

5 Familien-Vorsorgeversicherung

5.1 Voraussetzung für die Mitversicherung

Sind Sie als Versicherungsnehmer zugleich versicherte Person, so ist, wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages die Ehe schließen, Ihr Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner gemäß Ziffern 5.2 und 5.3 vorübergehend ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert. Das Gleiche gilt, wenn Ihr Kind geboren wird oder wenn ein Kind adoptiert wird.

5.2 Beginn, Dauer und Höhe des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz nach Ziffer 5.1 beginnt für den Ehegatten mit der Eheschließung, für leibliche Kinder mit der Vollendung der Geburt und für adoptierte Kinder mit der Rechtswirksamkeit der Adoption; er gilt für die Dauer von einem Jahr. Der Ehegatte und die leiblichen oder adoptierten Kinder sind jeweils mit 50 % der für Sie vereinbarten Versicherungssummen für den Invaliditätsfall versichert, maximal jedoch mit den nachstehenden Versicherungssummen:

50.000 EUR für die Leistungsart Invaliditäts-Kapitalleistung und

500 EUR für die Leistungsart Unfallrente.

5.3 Ausgeschlossene Leistungserweiterungen

Sind für Sie Leistungserweiterungen gemäß Ziffer 4 vereinbart (beispielsweise Progressions- und Mehrleistungsmodelle), oder Gliedertaxenmodelle gemäß Ziffer 2.1.2.2.1.2, so gelten diese nicht für den Ehegatten und die Kinder. Die unter Ziffer 3 genannten Leistungen gelten ebenfalls nicht für diese Familien-Vorsorgeversicherung.

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

6.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele:

Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkerkrankungen;
Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung

6.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel:

Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumalerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, nehmen wir keine Minderung vor.

Ausnahmen:

Diese Regelungen werden nicht angewendet in den Fällen

- von nicht oder falsch verabreichten Medikamenten infolge Entführung/Geiselnahme gemäß Ziffer 1.4.6;
- der Hilfeleistungen/Familienhilfe gemäß Ziffer 4.10
- Diagnosegeld bei Krebs gemäß Ziffer 4.11.

7 Kündigungsmöglichkeit bei Pflegebedürftigkeit

Wird bei der versicherten Person eine Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegegrad 3 im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung) festgestellt, so können Sie den Versicherungsschutz für diese versicherte Person rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

Es wird der Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre erstattet.

8 Was ist nicht versichert?

8.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

8.1.1 Unfälle der versicherten Person durch nicht unter Ziffer 3.16 mitversicherte Bewusstseinsstörungen sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele:

Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.

- kommt unter Alkoholeinfluss (Blutalkoholgehalt von mehr als 1,3 Promille) mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
- balanciert auf Grund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Den Ausschluss gemäß Ziffer 8.1.1 werden wir nicht anwenden für eine vereinbarte Todesfallleistung. Dies gilt bis zu einem Betrag von 5.000 EUR. Voraussetzung hierfür ist, dass beim Lenken von Kraftfahrzeugen kein Blutalkoholgehalt von mehr als 1,3 Promille vorliegt.

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

Ausnahmen

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

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

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

- Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

Vorstehende Ausnahmen gelten nicht

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

8.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

Beispiel:

Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,

Beispiel:

Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuüben sind.

Beispiel:

Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

Ausnahmen:

Es besteht Versicherungsschutz als Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist sowie als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen. Ebenso bieten wir Versicherungsschutz beim Kitesurfen.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.

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

Ausnahmen:

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle a) bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie Sicherheitstrainings), b) infolge von einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor- oder Crosskart-Anlage, wobei es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Diese Erweiterung gilt innerhalb Europas.

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

8.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

8.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:

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

8.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

- a) Röntgenstrahlen,
 - b) Laserstrahlen,
 - c) Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
 - d) künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
 - e) energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt,
- soweit sie nicht als Folge des regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

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

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

- Das Schneiden/Feilen/Abschmirgeln von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut,
- die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

Beispiel:

Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler oder eine Infektion durch die Behandlung führt dabei zu weiteren Schädigungen.

8.2.4 Infektionen, die nicht unter Ziffer 3.12 ausdrücklich mitversichert sind.

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

Beispiele:

- Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall
- Angstzustände des Opfers einer Straftat

Ausnahme

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht: Wir leisten jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine

- durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder
- durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

9 Garantien der Barmenia

9.1 Künftige Bedingungsverbesserungen

Ändern wir im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die "Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz" ausschließlich zu Ihren Gunsten, ohne dass dafür ein Zusatzbeitrag berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen ab ihrem Gültigkeitstag auch für diesen Vertrag für alle ab diesem Zeitpunkt neu eintretenden Leistungsfälle.

9.2 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die Leistungen die dieser Unfallversicherung zu Grunde liegenden "Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz" Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen in deren jeweils gültigen Fassung.

9.3 Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis "Beratungsprozesse" empfohlenen Mindestleistungsstandards

Wir garantieren Ihnen, dass unsere "Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz" die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis "Beratungsprozesse" (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden. (Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften. Der Arbeitskreis empfiehlt Risikoanalysen und Mindestleistungsstandards für die Vermittler.)

10 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

10.1 Umstellung des Kindertarifs

10.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Teil der Tarifierung im Erwachsenen-Tarif ist der ausgeübte Beruf der versicherten Person. Hierfür erfolgt eine Einstufung in die Barmenia-Berufsgruppenliste (vergleiche dazu unter Ziffer 10.2).

10.1.2 Wurde die versicherte Person vor dem 10. Geburtstag versichert, ordnen wir den Vertrag automatisch der Barmenia-Berufsgruppe 2 zu. Diese Zuordnung bleibt – unabhängig vom tatsächlich ausgeübten Beruf – während der gesamten Vertragslaufzeit erhalten.

Diese Berufsgruppe bleibt bestehen, auch wenn

- die Versicherungssummen im Rahmen einer bereits vereinbarten Summendynamik erhöht werden,
- ein Versicherungsnehmerwechsel erfolgt oder
- der tatsächlich ausgeübte Beruf höher einzustufen wäre.

Die Zuordnung zur Berufsgruppe 2 endet, wenn der Vertrag auf Antrag in die Berufsgruppe 1 umgestuft wird.

Die Berechnung erfolgt gemäß der Berufsgruppe des tatsächlich ausgeübten Berufs bei

- Erhöhungen der Versicherungssummen,
- Einschluss einer Summen- und/oder Leistungsdynamik,
- Einschließen weiterer Leistungsarten und/oder
- Einschließen zuschlagspflichtiger Leistungserweiterungen.

10.1.3 Über den neuen Beitrag werden wir Sie rechtzeitig vor diesem Zeitpunkt informieren. Sie können der mit der Tarifänderung verbundenen Beitragsänderung innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unserer Information über die Umstellung in Textform widersprechen.

Ohne fristgerechten Widerspruch gilt die Beitragsänderung als genehmigt. Hierauf werden wir Sie in unserer Information besonders hinweisen.

Im Fall Ihres fristgerechten Widerspruches wird der Vertrag mit dem bisherigen Beitrag fortgesetzt und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

10.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrages im Erwachsenen-Tarif (15 bis einschließlich 67 Jahre) hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. In dem Verzeichnis sind die Berufe je nach ihrer Risikoträchtigkeit in die Berufsgruppe 1 (Berufe mit geringem Unfallrisiko) bis 6 (Berufe mit hohem Unfallrisiko) eingestuft. Risikobedingt ist der Tarifbeitrag für versicherte Personen, die einen Beruf der Berufsgruppe 6 ausüben, deutlich höher als der Tarifbeitrag für eine in die Berufsgruppe 1 eingestufte Tätigkeit.

10.2.1 Mitteilung der Änderung

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

10.2.1.1 Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich und wird bei Erkennen dieser Pflichtverletzung die Anzeige unverzüglich nachgeholt, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme gemäß Ziffer 10.2.3 nicht ein. Ist die neue Beschäftigung nach Ziffer 10.2.2 nicht versicherbar, endet der Vertrag – auch unabhängig von einer Nachholung der Anzeige – ab dem Datum der Aufnahme des neuen, nicht versicherbaren Berufes.

10.2.1.2 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.

Beispiel:

In einem Kleinbetrieb muss ein Büro-Sachbearbeiter zweimal jährlich für 2-3 Wochen einen Lagerarbeiter vertreten.

10.2.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben:

- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler
- Berufstaucher (z. B. Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Dompteur
- Feuerwerker
- Fluglehrer (auch Lehrer für Drachenflug, Paragliding etc.)
- Fluggesellschaft (Besatzungsmitglieder)
- Lehrer für das Fallschirmspringen
- Mitglieder von Munitionssuch- und -räumtruppen
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Piloten
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntmen
- Test-/Versuchsfahrer/Werksfahrer
- Tierbändiger

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/Beschäftigung gemäß Ziffer 10.2.2 aufnimmt und damit nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung.

10.2.3 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

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

10.2.5 Wegfall von Berufsgruppen

Ab 68 Jahre (= Erwachsenen-Tarif 68) hängt die Höhe des Beitrages nicht mehr von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Für versicherte Personen, die während der Laufzeit des Vertrages 68 Jahre alt werden, wird der Beitrag zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres gemäß des Erwachsenen-Tarifs 68 neu berechnet.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten/Leistungen sind in den Ziffern 2 bis 4 geregelt.

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

11.1 Arztpflicht

Nach einem Unfall müssen Sie oder die versicherte Person einen Arzt hinzuziehen und uns Mitteilung machen.

Schienen die Unfallfolgen zunächst geringfügig zu sein oder wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.

Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

11.2 Vollständige und wahre Auskunft

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

11.3 Ärztliche Untersuchung/ Kosten/ Verdienstausschlag

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

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

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 1,5 % der für die versicherte Person geltenden Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung, höchstens jedoch 300 EUR pro Unfallereignis. Ist für die versicherte Person als Invaliditätsleistung nur eine Unfallrente (Ziffer 2.1.3) vereinbart, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 15 % eines Monatsrentenbetrages, höchstens 500 EUR pro Unfallereignis.

11.4 Schweigepflichtentbindung

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

12 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 11 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

- a) wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
- b) wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

13 Wann sind die Leistungen fällig?

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

13.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei der Invaliditäts-Kapitalleistung und der Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditäts-Kapitalleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 11.

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

13.2 Fälligkeit der Leistung

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

13.3 Vorschüsse

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

Beispiel:

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

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

einbart, kann ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 10.000 EUR verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

13.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

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

13.4.1 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens

- drei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch Sie oder durch uns,
- fünf Jahre nach dem Unfall bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

13.4.2 Das Verlangen einer Neubemessung können

- Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 13.4.1 oder
- wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 13.1

aussprechen.

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

Die Versicherungsdauer

14 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

14.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 14.2 zahlen.

14.2 Dauer und Ende des Vertrages

14.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

14.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Der Vertrag verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung zugegangen ist.

14.2.3 Vertragsbeendigung

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

Während der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit können Sie den Vertrag zum Ablauf in Textform kündigen, ohne dass eine Frist einzuhalten ist.

Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres können Sie den Vertrag täglich in Textform kündigen. Der Vertrag endet in diesem Fall mit Ablauf des Tages, an dem uns die Kündigung zugegangen ist. Sie können den Vertrag auch zu einem späteren, in der Zukunft liegenden Zeitpunkt kündigen.

Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauftermin in Textform kündigen.

14.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

14.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen

Befindet sich die versicherte Person als Berufs- oder Zeitsoldat auf einem Auslandseinsatz, so besteht während dieser Zeit kein Versicherungsschutz und keine Verpflichtung zur Beitragszahlung.

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

- Beim Auslandseinsatz wird nur humanitäre Hilfe oder Katastrophenhilfe geleistet oder
- es handelt sich um (Wehr-)Übungen/Manöver/Reserveübungen.

Der ruhende Versicherungsschutz und die Beitragszahlungspflicht leben wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

14.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein für den Vertragsbeginn angegebenen Zeitpunkt.

Ausnahme:

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

Beispiel:

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

Der Versicherungsbeitrag

15 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? Welche Tarifstufen gibt es beim Kinder-Tarif und beim Erwachsenen-Tarif und welche Regelungen gelten für die Umstufung?

15.1 Beitrag und Versicherungssteuer

15.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

15.1.2 Versicherungssteuer

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

15.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

15.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Wenn Sie den Versicherungsschein erhalten, wird der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen zur Zahlung fällig. Ist für die Zahlung ein anderer, späterer Fälligkeitszeitpunkt vereinbart und im Versicherungsschein angegeben und obige Frist von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins abgelaufen, so ist der Beitrag unverzüglich zum vereinbarten Zeitpunkt zu zahlen.

15.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

15.2.3 Zahlung bei abweichendem Versicherungsschein

Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

15.2.4 Rücktritt

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

15.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

15.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

15.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 15.3.3).

15.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen (Mahnung). Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

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

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 15.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

15.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Hierauf weisen wir Sie bei der Kündigung ausdrücklich hin.

15.4 Beitragszahlung per SEPA-Lastschriftmandat, PayPal oder mit Kreditkarte als Geschäftsgrundlage/ Kündigungsrecht bei Widerruf

Den Versicherungsvertrag mit Ihnen können wir nur abschließen und weiterführen, wenn wir von Ihnen oder von einer anderen Person ermächtigt wurden, den jeweils fälligen Beitrag von Ihrem bzw. deren Bankkonto einzuziehen. Die Zahlung des Beitrags ist möglich durch das SEPA-Lastschriftverfahren, per Kreditkarte oder PayPal.

15.4.1 Ihre Pflichten

- Für einen erfolgreichen Beitragseinzug müssen Sie sicherstellen, dass das Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags eine ausreichende Deckung aufweist.
- Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- Kündigungsrecht bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandates bzw. der Ermächtigung zum Beitragseinzug
Wird das SEPA-Lastschriftmandat oder die anderweitige Ermächtigung zum Beitragseinzug widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.

15.4.2 Änderung des Zahlungsweges

Kann der fällige Beitrag mangels Kontodeckung nicht abgebucht werden oder wird eine Lastschrift von dem/der Kontoinhaber/in bzw. deren Bankinstitut trotz korrekter Abbuchung zurückgegeben, sind wir hinsichtlich der offenen und zukünftig fällig werden den Beiträge berechtigt, von Ihnen die Beitragszahlung außerhalb des vereinbarten Zahlungsweges zu verlangen. Sie sind zur Begleichung der rückständigen sowie zukünftig fällig werdenden Beiträge auf einem alternativen Zahlungsweg erst verpflichtet, wenn Sie hierzu von uns in Textform aufgefordert wurden. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschriftinzug können wir Ihnen in Rechnung stellen.

15.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

15.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

15.6.1 Voraussetzung

Die Versicherung der im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder wird – sofern der

Vertrag noch nicht gekündigt war – beitragsfrei weitergeführt, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages

- a) durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber infolge eines Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisses) oder
- b) einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50 % führt.

Voraussetzung für eine beitragsfreie Versicherung gemäß a) ist, dass Sie bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

15.6.2 Versicherungsumfang und Dauer

Die beitragsfreie Versicherung gilt mit dem Leistungsumfang der zum Zeitpunkt des Todes oder der Feststellung des Invaliditätsgrades von mindestens 50 % gültig war und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahres bestehen, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

15.6.3 Neuer Versicherungsnehmer

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird im Fall der Ziffer 15.6.1 a) neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

15.6.4 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Ehegatten/Lebenspartnern

Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebenspartner, der mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt und unter Ihrer Anschrift gemeldet ist, versichert, gilt die beitragsfreie Versicherung auch für diesen. Die beitragsfreie Versicherung für den Ehegatten oder Lebenspartner endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes. Sind sowohl Ihr Ehegatte als auch Ihr Lebensgefährte über diesen Vertrag versichert, so wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – die Versicherung des Ehegatten beitragsfrei weitergeführt.

15.7 Tarifstufen (altersabhängig)

15.7.1 Kinder-Tarif (Neuabschlüsse)

Der Kinder-Tarif gilt für Personen von 0 bis einschließlich 14 Jahren.

Folgende Leistungserweiterungen können bei einer Versicherung nach dem Kinder-Tarif nicht vereinbart werden:

- Verdoppelung der Rente ab 90 % Invalidität (Ziffer 4.9.1),
- Verdoppelung der Rente bei Pflegebedürftigkeit (Ziffer 4.9.2).

15.7.2 Erwachsenen-Tarife (Neuabschlüsse)

Der Erwachsenen-Tarif ist in verschiedene Tarifstufen aufgeteilt. Ausschlaggebend ist jeweils das Alter der versicherten Person:

15.7.2.1 Erwachsenen-Tarif

Für Personen von 15 bis einschließlich 67 Jahren. Der Beitrag ist abhängig vom jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person (mit Zu- oder Abschlägen für berufliche Tätigkeiten (Ziffer 10.2)). Im Erwachsenen-Tarif können alle Leistungserweiterungen nach Ziffer 4 vereinbart werden.

15.7.2.2 Erwachsenen-Tarif 68

Für Personen von 68 bis einschließlich 74 Jahren. Bei Geltung des Erwachsenen-Tarifs 68 für Sie bzw. versicherte Personen mit einem Alter von mehr als 67 Jahren können folgende Leistungserweiterungen nicht mehr vereinbart werden:

- Gliedertaxenmodell (Ziffer 2.1.2.2.1.2)
- Summendynamik (Ziffer 2.6)
- Schmerzensgeld bei bestimmten Unfallverletzungen (Ziffer 4.2)
- Einmalige Sofortleistung bei Krebs (Diagnosegeld) (Ziffer 4.11)

- Zu- und Abschläge für berufliche Tätigkeiten (Ziffer 10.2),
- Progressionen (Ziffer 4.3 bis 4.8)
- Verdoppelung der Rente ab 90 % Invalidität (Ziffer 4.9.1).

15.7.2.3 Erwachsenen-Tarif 75

Für Personen von 75 bis einschließlich 79 Jahren.

15.7.2.4 Erwachsenen-Tarif 80

Ab 80 Jahren ist der Abschluss einer Unfallversicherung nicht mehr möglich.

15.7.3 Umstufung von bestehenden Versicherungen

15.7.3.1 Ab dem Erwachsenen-Tarif 68 entfallen

– sofern vereinbart – folgende (Leistungs-) Erweiterungen und Zu- und Abschläge bzw.

- Gliedertaxenmodelle (Ziffer 2.1.2.2.1.2)
- Summendynamik (Ziffer 2.6)
- Schmerzensgeld bei bestimmten Unfallverletzungen (Ziffer 4.2)
- Einmalige Sofortleistung bei Krebs (Diagnosegeld) (Ziffer 4.11)
- Zu- und Abschläge für berufliche Tätigkeiten (Ziffer 10.2).

15.7.3.2 Sobald die versicherte Person das Endalter einer der Tarifstufen erreicht, erfolgt eine Umstufung in die jeweils nächste Tarifstufe und der Beitrag ab dem Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahres wird nach der dann gültigen Tarifstufe berechnet.

Beispiel:

Die versicherte Person hat mit 60 Jahren die Unfallversicherung abgeschlossen und wird jetzt 68 Jahre alt.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Beitrag nach dem teureren Erwachsenen-Tarif 68 berechnet.

- Zuschläge oder Nachlässe auf Grund der Berufstätigkeit entfallen ab diesem Zeitpunkt.
- Ein ggf. nach Ziffer 2.1.2.2.1.2 vereinbartes Gliedertaxenmodell entfällt, dafür wird die Standard-Gliedertaxe Top-Schutz zu Grunde gelegt. Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann geltenden Tarif beitragsmindernd, Erhöhungen beitragssteigernd aus.

Zusätzlich zu den in Ziffer 15.7.2 genannten Erwachsenen-Tarifen gibt es für bestehende Verträge noch weitere Tarifstufen:

15.7.3.3 Erwachsenen-Tarif 80

Für die Fälligkeiten nach dem 80. Geburtstag.

15.7.3.4 Erwachsenen-Tarif 85

Für die Fälligkeiten nach dem 85. Geburtstag.

15.7.4 Ihre Kündigungsmöglichkeit nach Beitragserhöhungen

Wir werden Sie jeweils rechtzeitig in Textform über die Veränderung des Beitrages und über Ihr Änderungs-/Kündigungsrecht informieren. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Weitere Regelungen

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

16.1 Fremdversicherung

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

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

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

16.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

16.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

17.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme in Textform stellen.

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

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

17.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

17.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

17.2.2 Kündigung

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

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

17.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 15.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

17.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

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

17.4 Anfechtung

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

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

17.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 17.1 bis 17.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

18 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

18.1 Gesetzliche Verjährung

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

18.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

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

19.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

19.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen. Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

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

20 Bedingungsänderung

Wir sind berechtigt, einzelne Regelungen dieser Unfallversicherungsbedingungen mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn die Voraussetzungen nach den Ziffern 20.1 bis 20.3 erfüllt sind:

20.1 Unwirksamkeit einzelner Regelungen

Die Regelung in diesen Unfallversicherungsbedingungen ist unwirksam geworden durch folgende Ereignisse:

- ein Gesetz, auf dem die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen, ändert sich oder
- es ergeht höchstrichterliche Rechtsprechung, die den Versicherungsvertrag unmittelbar betrifft oder
- es ergeht eine konkrete, individuelle, uns bindende Weisung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden im Wege eines bestandskräftigen Verwaltungsakts.
- Das gilt auch, wenn eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Regelung in den Unfallversicherungsbedingungen eines anderen Versicherers durch eines der genannten Ereignisse unwirksam geworden ist.

20.2 Störung des Gleichgewichts zwischen Leistung und Gegenleistung

Durch die Unwirksamkeit ist eine Vertragslücke entstanden, die das bei Vertragsschluss vorhandene Gleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße stört, und es besteht keine konkrete gesetzliche Regelung zum Füllen der Lücke.

20.3 Keine Schlechterstellung

Die angepassten Regelungen dürfen Sie als einzelne Bedingungen oder im Zusammenwirken mit anderen Bedingungen des Vertrages nicht schlechter stellen als die bei Vertragsschluss vorhandenen Regelungen.

20.4 Durchführung der Anpassung

Die nach den Ziffern 20.1 bis 20.3 zulässigen Änderungen werden Ihnen in Textform bekannt gegeben und erläutert. Sie finden Anwendung, wenn wir Ihnen die Änderung sechs Wochen vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform auf Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 20.5 hinweisen.

20.5 Kündigung

Machen wir von unserem Recht zur Bedingungsanpassung Gebrauch, können Sie den Vertrag innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung kündigen. Die Kündigung ist sofort wirksam, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bedingungsanpassung.

21 Welches Gericht ist zuständig?

21.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

22 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

23 Sanktions-/Embargoklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

24 Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind

Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind! Sollte dies einmal nicht der Fall sein, nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit uns auf, damit wir die Angelegenheit klären können.

Darüber hinaus haben Sie auch folgende Möglichkeiten:

24.1 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Tel.: 0800 3696000

Fax: 0800 3699000

(kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz).

Aus dem Ausland wählen Sie bitte die folgenden gebührenpflichtigen Rufnummern:

Tel.: +49 30 20605899

Fax: +49 30 20605898.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden.

Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

24.2 Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Tel.: 0228 4108-0

Fax: 0228 4108-1550.

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

24.3. Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Sofern Sie für eine Invaliditäts-Kapitalleistung eine progressive Invaliditätsstaffel vereinbart haben, können Sie aus der folgenden Tabelle ablesen, welcher Leistungsprozentsatz sich durch die Progression für die jeweiligen Invaliditätsgrade ergibt.

Invaliditäts- grad in %	Leistungsprozentsatz						
	ohne Progression	P225	P350	P500	P500-Plus	P700	P1.000
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	27	28	28	28	28	28
27	27	29	31	31	31	31	31
28	28	31	34	34	34	34	34
29	29	33	37	37	37	37	37
30	30	35	40	40	40	40	40
31	31	37	43	43	43	43	43
32	32	39	46	46	46	46	46
33	33	41	49	49	49	49	49
34	34	43	52	52	52	52	52
35	35	45	55	55	55	55	55
36	36	47	58	58	58	58	58
37	37	49	61	61	61	61	61
38	38	51	64	64	64	64	64
39	39	53	67	67	67	67	67
40	40	55	70	70	70	70	70
41	41	57	73	73	73	73	73
42	42	59	76	76	76	76	76
43	43	61	79	79	79	79	79
44	44	63	82	82	82	82	82
45	45	65	85	85	85	85	85
46	46	67	88	88	88	88	88
47	47	69	91	91	91	91	91
48	48	71	94	94	94	94	94
49	49	73	97	97	97	97	97
50	50	75	100	100	500	100	100

Invaliditäts- grad in %	Leistungsprozentsatz						
	ohne Progression	P225	P350	P500	P500-Plus	P700	P1.000
51	51	78	105	108	500	105	105
52	52	81	110	116	500	110	110
53	53	84	115	124	500	115	115
54	54	87	120	132	500	120	120
55	55	90	125	140	500	125	125
56	56	93	130	148	500	130	130
57	57	96	135	156	500	135	135
58	58	99	140	164	500	140	140
59	59	102	145	172	500	145	145
60	60	105	150	180	500	150	150
61	61	108	155	188	500	155	155
62	62	111	160	196	500	160	160
63	63	114	165	204	500	165	165
64	64	117	170	212	500	170	170
65	65	120	175	220	500	175	175
66	66	123	180	228	500	180	180
67	67	126	185	236	500	185	185
68	68	129	190	244	500	190	190
69	69	132	195	252	500	195	195
70	70	135	200	260	500	200	200
71	71	138	205	268	500	205	205
72	72	141	210	276	500	210	210
73	73	144	215	284	500	215	215
74	74	147	220	292	500	220	220
75	75	150	225	300	500	225	225
76	76	153	230	308	500	230	230
77	77	156	235	316	500	235	235
78	78	159	240	324	500	240	240
79	79	162	245	332	500	245	245
80	80	165	250	340	500	250	250
81	81	168	255	348	500	255	255
82	82	171	260	356	500	260	260
83	83	174	265	364	500	265	265
84	84	177	270	372	500	270	270
85	85	180	275	380	500	275	275
86	86	183	280	388	500	280	280
87	87	186	285	396	500	285	285
88	88	189	290	404	500	290	290
89	89	192	295	412	500	295	295
90	90	195	300	420	500	300	300
91	91	198	305	428	500	340	370
92	92	201	310	436	500	380	440
93	93	204	315	444	500	420	510
94	94	207	320	452	500	460	580
95	95	210	325	460	500	500	650
96	96	213	330	468	500	540	720
97	97	216	335	476	500	580	790
98	98	219	340	484	500	620	860
99	99	222	345	492	500	660	930
100	100	225	350	500	500	700	1000