

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung 2024 (AVB UV Prestige 2024)

(Stand 01/2024)

Lieber Kunde,

die Unfallversicherung bietet Ihnen eine umfassende Absicherung gegen die finanziellen Folgen eines Unfalls. So stellen Sie sicher, dass Sie nach einem Unfall Ihre Lebensqualität und finanzielle Sicherheit beibehalten können.

Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Unfallereignis eine Gesundheitsschädigung erleiden.

Wenn es sich um einen Unfall handelt, können je nach Versicherungsumfang, folgende Leistungen geltend gemacht werden:

- Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen
- Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen
- Übergangsleistungen bei Schwerverletzungen
- Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld
- Such-, Bergungs-, und Rettungskosten
- Kosmetische Operationen

In welchen Situationen gilt beispielsweise der Versicherungsschutz?

▪ **Häuslicher Unfall:**

Zuhause ist es doch immer am schönsten. Dabei vergisst man gerne die Risiken, die im trauten Heim lauern. Die Gefahr, sich in den eigenen vier Wänden schwer zu verletzen, ist nicht zu unterschätzen. Den traurigen Platz 1 der häufigsten Schadenursachen belegt das häusliche Umfeld. Die Schäden können wir zwar nicht verhindern, aber im schlimmsten Fall den finanziellen Ausgleich leisten.

▪ **Freizeit Unfall:**

Ein sportlicher Ausgleich ist für die meisten Menschen ein wichtiger Bestandteil des Alltages. Egal ob Fahrradfahren, wandern, reiten oder joggen. All diese Aktivitäten können Sie durch Ihre Unfallversicherung guten Gewissens nachgehen. Die finanzielle Absicherung ist auch bei Ihren Freizeitaktivitäten abgedeckt. Auch eine Bergung oder Rettung während eines entspannten Aufenthalts in den Bergen ist durch Ihre Unfallversicherung abgedeckt.

▪ **Unfall im Ausland:**

Ihre Unfallversicherung schützt Sie weltweit – bei Unfällen:

- im Urlaub
- im Ferienhaus
- während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts

Die "Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung 2024 (AVB UV PRESTIGE 2024)" sind die Vertragsgrundlage für Ihre Unfallversicherung der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG.

Besondere Leistungshighlights haben wir in den Bedingungen mit einem  dargestellt.

Auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichten wir. Personenbezogene Formulierungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Ihrem besseren Verständnis dieser Versicherungsbedingungen dienen folgende rechtlich unverbindliche Begriffserläuterungen:

Versicherungsnehmer:

Das sind Sie als unser Vertragspartner und Käufer des Versicherungsschutzes.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Versicherungsfall:

Der Versicherungsfall ist das Ereignis, für das wir Entschädigung leisten.

Ausschlüsse:

Ein Ausschluss beschreibt eine Gefahr, eine Schadenart oder eine Sache, für die kein Versicherungsschutz besteht. Ausschlüsse dienen der Abgrenzung des Leistungsversprechens und gewährleisten, dass der Versicherungsschutz kalkulierbar bleibt. Sie finden sie in den Bedingungen entweder als generelle Ausschlüsse (z.B. Krieg) oder in Bestimmungen zu einzelnen Gefahren und Schäden sowie bei der Beschreibung der versicherten Sachen.

Obliegenheiten:

Das sind Ihre Verhaltenspflichten vor, während und nach dem Versicherungsfall. Wenn Sie Obliegenheiten verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bitte lesen Sie die Versicherungsbedingungen vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. Wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Zögern Sie nicht, uns bei Unklarheiten anzusprechen

Ihre Bayerische

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung 2024 (AVB UV Prestige 2024)

Inhaltsverzeichnis

A	Was ist versichert?.....	5	7.3	Art und Höhe der Leistung	10
1	Grundsatz.....	5	7.4	Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs.....	10
1.1	Geltungsbereich	5	8	Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze	11
1.2	Unfallbegriff	5	8.1	Grundsatz	11
2	Erweiterter Unfallbegriff	5	8.2	Rückkehr zum Wohnsitz.....	11
2.1	Erhöhte Kraftanstrengung.....	5	8.3	Todesfall	11
2.2	Eigenbewegung.....	5	8.4	Urlaubs- oder Geschäftsreisen.....	11
2.3	Gase, Dämpfe und Einatmung sonstiger schädlicher Stoffe	5	8.5	Art und Höhe der Leistung	11
2.4	Unfälle unter Wasser	5	9	Komageld.....	11
2.5	Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen.....	5	10	Pflegegeld.....	12
2.6	Erfrieren.....	5	11	Kurbeihilfe / Reha-Kosten	12
2.7	Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffzugang.....	5	C	Erweiterung der Leistungen	12
2.8	Sonnenbrand und Sonnenstich.....	5	1	Sofortleistung bei Schwerverletzungen.....	12
2.9	Höhenkrankheit	5	2	Helmklausel	12
2.10	Explosions-, Schall- oder sonstige Druckwellen.....	5	3	Sofortleistung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims.....	13
2.11	Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung.....	5	4	Vorsorgeversicherung für private Bauvorhaben (Bauhelfer-Unfallversicherung)	13
2.12	Gesundheitsschäden bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und inneren Unruhen	5	5	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	13
2.13	Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge	6	6	Kosten für Tiere	13
2.14	Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall	6	6.1	Tieroperationskosten.....	13
2.15	Oberschenkelhalsfraktur, Armfraktur.....	6	6.2	Tierbetreuung.....	13
2.16	Bewusstseinsstörungen	6	6.3	Anschaffung eines Assistenzhund.....	13
2.17	Infektionen	6	7	Haushaltshilfegeld.....	13
2.18	Infektionsklausel für bestimmte Berufsgruppen.....	7	8	Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln	13
2.19	Vergiftungen / Nahrungsmittelvergiftungen und Allergien	7	9	Kostenbeteiligung für die Reparatur von Prothesen	14
2.20	Psychische Erkrankungen durch Unfall.....	7	10	Heilbehandlungen im Ausland.....	14
2.21	Heilmaßnahmen	7	11	Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	14
2.22	Strahlenschäden	7	12	Selbstgebaute Feuerwerkskörper.....	14
2.23	Einschränkung unserer Leistungspflicht.....	7	13	Passives Kriegsrisiko	14
B	Leistungsarten	7	14	Luffahrtunfälle	14
1	Allgemeines.....	7	15	Fahrtveranstaltungen	15
1.1	Invaliditätsleistung	7	16	Vorsorge Budget	15
1.2	Art und Höhe der Leistung	8	17	Sportgeräte	15
2	Unfallrente	8	17.1	Art und Höhe der Leistung	15
2.1	Voraussetzung für die Leistung.....	8	D	Zusätzliche Leistungen bei Kindern	16
2.2	Art und Höhe der Leistung	8	1	Rooming-In	16
2.3	Beginn und Dauer der Leistung	8	2	Vergiftungen / Verätzungen bei Kindern unter 18 Jahren.....	16
2.4	Tod des Rentenbeziehers.....	9	3	Vorsorgeversicherung für Neugeborene und adoptierte Kinder.....	16
3	Übergangsleistung.....	9	4	Vollwaisen-Rente	16
3.1	Voraussetzung für die Leistung.....	9	5	Nachhilfeunterricht	16
3.2	Art und Höhe der Leistung	9	6	Logopädische Therapie.....	16
4	Tagegeld	9	E	Erweiterung für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres.....	16
4.1	Voraussetzung für die Leistung.....	9	1	Mitwirkungsanteil ab 65. Lebensjahres.....	16
4.2	Höhe und Dauer der Leistung	9	2	Zusätzlich versichert ab Vollendung des 65. Lebensjahres.....	16
5	Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	9	F	Krankheit, Gebrechen und Mitwirkung	17
5.1	Krankenhaustagegeld.....	9	1	Krankheit und Gebrechen	17
5.2	Genesungsgeld	9	2	Mitwirkung.....	17
6	Todesfallleistung.....	10	G	Was ist nicht versichert?.....	17
6.1	Voraussetzung für die Leistung.....	10			
6.2	Art und Höhe der Leistung	10			
7	Kosmetische Operationen und Zahnersatz	10			
7.1	Kosmetische Operationen.....	10			
7.2	Zahnersatz	10			

1.1	Ausgeschlossene Unfälle.....	17	P	Weitere Bestimmungen	23
1.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden.....	17	1	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	23
H	Erweiterung zur Versicherungsdauer.....	18	1.1	Fremdversicherung	23
1	Beginn des Versicherungsschutzes bei Versichererwechsel	18	1.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller ..	24
2	Arbeitslosigkeit	18	2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?.....	24
3	Arbeitsunfähigkeit	18	2.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht	24
4	Vorsorgeversicherung bei Eheschließung oder eingetragener Lebenspartnerschaft Fehler! Textmarke nicht definiert.		2.2	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung ..	24
5	Wehrdienst / Bundesfreiwilligendienst.....	18	3	Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	24
I	Erweiterung zum Versicherungsbeitrag.....	18	3.1	Anfechtung.....	25
1	Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall	18	3.2	Erweiterung des Versicherungsschutzes.....	25
2	Dynamik	18	4	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag.....	25
J	Besserstellungsklausel und GDV - Musterbedingungen	19	4.1	Gesetzliche Verjährung	25
1	Besserstellungsklausel	19	4.2	Aussetzung der Verjährung.....	25
2	Innovationsgarantie	19	4.3	Meinungsverschiedenheiten.....	25
3	Abweichung gegenüber GDV-Musterbedingungen	19	5	Welches Gericht ist zuständig	25
K	Altersgruppentarif und Änderung Berufstätigkeit	19	6	Was ist bei Mitteilungen zu beachten, Was gilt bei Änderung der Anschrift	25
1.1	Altersgruppentarif	19	7	Welches Recht findet Anwendung.....	25
1.2	Mitteilung vor Erreichen der Altersgrenze	20	Q	Gliedertaxe und Progression	26
1.3	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.....	20	1	Gliedertaxe	26
L	Der Leistungsfall.....	20	1.1	Gliedertaxe Smart	26
1	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?.....	20	1.2	Gliedertaxe Komfort	26
1.1	Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	20	1.3	Gliedertaxe Prestige.....	26
1.2	Verdienstausfall Fehler! Textmarke nicht definiert.		2	Progression.....	28
1.3	Versehensklausel	20			
1.4	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	20			
1.5	Unfalltod	21			
M	Wann sind die Leistungen fällig?	21			
1	Erklärung über die Leistungspflicht	21			
1.1	Fälligkeit der Leistung	21			
1.2	Vorschüsse.....	21			
1.3	Neubemessung des Invaliditätsgrads	21			
N	Die Vertragsdauer.....	21			
1	Wann beginnt und endet der Vertrag?	21			
1.1	Beginn des Versicherungsschutzes	21			
1.2	Dauer und Ende des Versicherungsschutzes.....	21			
1.3	Kündigung nach Versicherungsfall.....	22			
1.4	Versicherungsjahr.....	22			
O	Der Versicherungsbeitrag	22			
1	Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten und wann muss der Beitrag gezahlt werden?.....	22			
1.1	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag	22			
1.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag	22			
1.3	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat.....	23			
1.4	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung.....	23			
1.5	Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	23			
1.6	Beitragsanpassung	23			

A Was ist versichert?

1 Grundsatz

Der Versicherer bietet den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.1 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.2 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

2 Erweiterter Unfallbegriff

2.1 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt

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

- Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

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

- einen Bauch-, Unterleibs oder Knochenbruch zuzieht

Beispiel: Die versicherte Person zieht sich durch das Anheben eines Schrankes einen Leistenbruch zu.

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

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.

2.2 Eigenbewegung

Versichert sind ebenso Gesundheitsschädigungen infolge von Eigenbewegungen. Diese Erweiterung gilt aber nicht für Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und bei Blutungen innerer Organe.

2.3 Gase, Dämpfe und Einatmung sonstiger schädlicher Stoffe

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende Gase und Dämpfe, sowie das unbeabsichtigte Einatmen schädlicher Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes bis zu 7 Tage ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben **ausgeschlossen**.

2.4 Unfälle unter Wasser

- erstickt, ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss, erleidet.
- bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

2.5 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt, die sie bei (rechtmäßiger Verteidigung oder) der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

Beispiel: Die versicherte Person schlägt mit der Faust eine Autoscheibe ein, damit ein Hund bei extremer Hitze befreit werden kann. Dabei erleidet die versicherte Person eine Schnittwunde an der Hand.

2.6 Erfrieren

Es gelten Gesundheitsschädigungen und Tod durch Erfrierungen als mitversichert

2.7 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug

Der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff gilt als mitversichert.

2.8 Sonnenbrand und Sonnenstich

Das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstichs gilt als Unfallereignis.

2.9 Höhenkrankheit

Ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) gilt als mitversichert.

2.10 Explosions-, Schall- oder sonstige Druckwellen

Es gelten Gesundheitsschädigungen durch Explosions-, Schall oder sonstige Druckwellen als mitversichert.

2.11 Mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung

Gesundheitsschädigungen durch mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen gelten als mitversichert.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

2.12 Gesundheitsschäden bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und inneren Unruhen

Es gelten auch Gesundheitsschädigungen durch



gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

2.13 Herzinfarkt und Schlaganfall als Unfallfolge

Herzinfarkte und Schlaganfälle, welche innerhalb von 3 Stunden nach dem Unfall auftreten, gelten als mitversichert.

2.14 Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall

Die unsachgemäße Verabreichung von Medikamenten und Medikamentenentzug infolge einer Entführung oder Geiselnahme als Unfallereignis.

Wird die versicherte Person Opfer eines Raubüberfalls mit Körperverletzung oder einer Geiselnahme, leistet der Versicherer einmalig einen Betrag von 3.000 EUR. Der Raubüberfall oder die Geiselnahme muss bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort protokolliert sein. Die Körperverletzung, die durch den Raubüberfall entstanden ist, muss eine Leistung gemäß Abschnitt B Ziffer 1 ausgelöst haben.

2.15 Oberschenkelhalsfraktur, Armfraktur

Unabhängig von einem Unfallereignis gilt auch das Erleiden einer Oberschenkelhalsfraktur oder eine Armfraktur als mitversichert.

2.16 Bewusstseinsstörungen

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund:

- Alkoholkonsum
- Einnahme von Medikamenten
- Einschlafen infolge Übermüdung
- Einwirkung von Witterungsbedingungen
- Epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle
- Erschrecken
- Ohnmachtsanfälle
- Herzinfarkt
- Herz- und Kreislaufstörungen
- Schlaganfall
- Schlafwandeln
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit und Sekundenschlaf)
- Zuckerschokk

gelten als mitversichert.

Ausnahme:

Beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen aufgrund Alkoholkonsums nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt.

Zusätzlich sind Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme von K.O.-Tropfen (z.B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure) mitversichert. Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung als strafbare Handlung bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

Mitversichert sind auch sonstige, bisher nicht genannte Bewusstseinsstörungen.

Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2.17 Infektionen

Für den Ausbruch folgender Infektionskrankheiten besteht Versicherungsschutz:

- Cholera
- Diphtherie
- Echinokokkose
- Gürtelrose
- Keuchhusten
- Lepra
- Masern
- Mumps
- Paratyphus
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Pocken
- Röteln
- Scharlach
- Spinale Kinderlähmung
- Tuberkulose
- Typhus
- Tollwut
- Windpocken
- Wundstarrkrampf

Voraussetzung:

Der Ausbruch der Infektionserkrankung fand frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn statt. Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit ereignete.

Zusätzlich versichert gelten Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche/-bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden, wie

- Borreliose
- Brucellose
- Dreitagefieber
- Enzephalitis
- Fleckfieber
- FSME
- Gelbfieber
- Malaria
- Meningitis
- Pest
- Tularämie

wenn die Infektion während der Vertragslaufzeit durch einen Arzt erstmalig diagnostiziert wird.

Als Unfallereignis gelten auch

- Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen
- sonstige Folgen von Insektenstichen und -bissen (z.B. allergische Reaktionen)
- Wundinfektionen und Blutvergiftungen
- sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzung, einschließlich allergischer Reaktionen, wenn dem Versicherer das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt



wurde

- Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstanden sind, wenn diese Heilmaßnahmen oder Eingriffe aufgrund eines versicherten Unfalls erforderlich waren

Krankenhausaufenthalte, die zur Desensibilisierung nach einer allergischen Reaktion stattfinden, gelten als Krankenhaustagegeld- und Genesungsgeldauslöser der Krankenhausaufenthalte.



2.18 Infektionsklausel für bestimmte Berufsgruppen

Hat sich die versicherte Person bei Ausübung ihrer beruflichen/ehrenamtlichen Tätigkeit (hierzu zählen Heilberufe, Chemiker und Desinfektoren sowie Mitglieder der freiwilligen Feuerwehr) infiziert, muss aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgehen, dass die Krankheitserreger auf folgende Weise 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, wobei Anhauchen, Anniesen oder Anhusten den Tatbestand des Einspritzens nicht erfüllen (Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose)

2.19 Vergiftungen / Nahrungsmittelvergiftungen und Allergien

Es gelten die Folgen von

- Nahrungsmittelvergiftungen und Nahrungsmittelallergien
- Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund
- Vergiftungen durch Pflanzen, welche durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war

als mitversichert.

2.20 Psychische Erkrankungen durch Unfall

Die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten gelten als mitversichert, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die aufgrund eines Überfalls, Geiselnahme, Versterben einer versicherten Person bzw. eines Verwandten 1. Grades oder aufgrund schwerer Verletzungen nach Abschnitt C Ziffer 1 auftreten, übernimmt der Versicherer die Kosten für 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen gelten als nicht mitversichert.

Beispiel:

Angstzustände des Opfers einer Straftat

2.21 Heilmaßnahmen

Mitversichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Eingriffe des täglichen Lebens – dies sind das Rasieren, Schneiden oder Feilen von Haaren, Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut.

2.22 Strahlenschäden

Es besteht Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie sind **ausgeschlossen**.

2.23 Einschränkung unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen kann der Versicherer **keine** oder nur **eingeschränkt** Leistungen erbringen.

Auf die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Abschnitt F) und zu den Ausschlüssen (Abschnitt G) wird hingewiesen.

B Leistungsarten

1 Allgemeines

Im Folgenden werden die verschiedenen Arten von Leistungen, Fristen und deren Voraussetzungen beschrieben

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer vereinbart hat und die im Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

1.1 Invaliditätsleistung

a) 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.

b) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss vom Unfalltag an gerechnet,

- innerhalb von 24 Monaten eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten geltend gemacht, sowie ärztlich festgestellt sein.

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

c) Geltendmachung der Invalidität

Die Invalidität muss innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei dem Versicherer geltend gemacht werden. Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person teilt dem Versicherer mit, dass sie von einer Invalidität ausgehen.

Wird die Frist versäumt, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung **ausgeschlossen**.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn die Frist versäumt wurde. Dann muss die Geltendmachung unverzüglich nachgeholt werden.

Beispiel: Die versicherte Person hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage, mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.

d) **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 zahlt der Versicherer eine Todesfallleistung (Abschnitt B Ziffer 6), sofern diese vereinbart ist.

1.2 **Art und Höhe der Leistung**

a) **Berechnung der Invaliditätsleistung**

Die Invaliditätsleistung erhält der Versicherungsnehmer 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%, zahlt der Versicherer 20.000 EUR.

b) **Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung**

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Abschnitt Q Ziffer 1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Abschnitt Q Ziffer 1.4)

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 (Abschnitt M Ziffer 1.3).

c) **Minderung bei Vorinvalidität**

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Abschnitt Q Ziffer 1) 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%.

d) **Invaliditätsgrade 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 eine 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.

e) **Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person**

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlt der Versicherer eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Abschnitt B Ziffer 1.1) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Abschnitt B Ziffer 1.1 sind erfüllt

Der Versicherer leistet nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2 **Unfallrente**

2.1 **Voraussetzung für die Leistung**

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Abschnitt B Ziffern 1.1 und 1.2 b).

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Abschnitt B Ziffer 1.2 e).

Die vereinbarte Gliedertaxe wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades berücksichtigt.

Vereinbarte

- in Sonderbedingungen geregelte Abweichungen zu Abschnitt E Ziffer 2 (Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen)
- progressive Invaliditätsleistungen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall

bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.2 **Art und Höhe der Leistung**

Der Versicherer zahlt die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.3 **Beginn und Dauer der Leistung**

- 1) Der Versicherer zahlt die Unfallrente
 - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
 - monatlich im Voraus.
- 2) Der Versicherer zahlt die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem
 - die versicherte Person stirbt oder
 - dem Versicherungsnehmer mitgeteilt wird, dass aufgrund einer Neubemessung nach Abschnitt M Ziffer 1.3 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist.

Der Versicherer ist berechtigt die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können Lebensbescheinigungen vom Versicherungsnehmer angefordert werden.

Wenn dem Versicherer die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich von der versicherten Person



zugewendet wird, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt

2.4 Tod des Rentenbezieher

Verstirbt der Unfall-Rentenbezieher, so wird im Anschluss eine Partner-/Vollwaisen-Rente von 70 % der Unfall-Rente geleistet. Partner sind Personen in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft oder Eheleute. Adoptivkinder sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

- Die Partner-Rente wird für 36 Monate geleistet
- Die Vollwaisen-Rente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Bei mehreren erbberechtigten Kindern wird die Rente anteilmäßig aufgeteilt

3 Übergangsleistung

3.1 Voraussetzung für die Leistung

a) Invalidität

Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

b) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Beeinträchtigung muss innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei dem Versicherer durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person teilt dem Versicherer mit, dass von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgegangen wird.

3.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

4 Tagegeld

4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der

Arbeitsfähigkeit von 100% zahlt der Versicherer das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50% zahlt der Versicherer die Hälfte des Tagegeldes.

Der Versicherer zahlt das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

5 Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

5.1 Krankenhaustagegeld

a) Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung

Es besteht kein Versicherungsschutz für stationäre Aufenthalte, bei denen nicht die akute Heilbehandlung im Vordergrund steht, sondern die medizinische Rehabilitation.

oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation.

Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

Beispiel: Ambulante Operation eines Kreuzbändrisses.

b) Höhe und Dauer der Leistung

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls, längstens jedoch für 1.825 Tage.
- für sieben Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

5.2 Genesungsgeld

Das vereinbarte Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die der Versicherer Krankenhaustagegeld leistet, längstens für 750 Tage.

Voraussetzungen für die Genesungsgeldleistung:

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

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld werden auch geleistet bei:

- einer unfallbedingten vollstationären Heilbehandlung in einem Sanatorium, in einer Rehabilitationseinrichtung, in einer Kuranstalt oder im Erholungsheim
- einer unfallbedingten ambulanten chirurgischen Operation für insgesamt 7 Tage
- Auf eine Prüfung bzgl. einer Beeinträchtigung in der Ausübung des Berufs oder der allgemeinen Fähigkeit Arbeit zu leisten, wird verzichtet
- einem durch bedingungsgemäße erhöhte Kraftanstrengung erlittenen Leistenbruch, Nabelbruch oder Bauchbruch für insgesamt 7 Tage
- einem Krankenhausaufenthalt im Ausland, in

doppelter Höhe.

- einer Nachbehandlung über das 5. Unfalljahr hinaus, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 5 Jahre begrenzt.

Zusätzliche Leistungen:

- Soweit Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist, werden zusätzlich die Eigenbehaltskosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 11 EUR pro Tag gezahlt. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltskosten durch die jeweilige Krankenkasse.
- Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 13 EUR pro nachgewiesenen Behandlungstag erstattet, sofern Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist.

6 Todesfalleistung

6.1 Voraussetzung für die Leistung

Die vereinbarte Todesfallsumme wird geleistet, wenn die versicherte Person innerhalb der ersten 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, unfallbedingt verstirbt. Im zweiten Jahr jedoch nur, wenn keine Invalidität eingetreten ist. Die vereinbarte Todesfallsumme wird auch geleistet wenn:

- ein Unfall mit Todesfolge aufgrund Bewusstseinsstörungen vorliegt
- die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

Die doppelte vereinbarte Todesfallsumme wird geleistet, wenn:

- beide versicherte Eltern infolge desselben Unfalls versterben und leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurückbleiben, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfalleistung zusteht. Die Gesamtleistung ist auf 500.000 EUR begrenzt.
- die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt wird. Die Gesamtleistung ist auf 50.000 EUR begrenzt

6.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer zahlt die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

7 Kosmetische Operationen und Zahnersatz

7.1 Kosmetische Operationen

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach

dem Unfall,

- bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

7.2 Zahnersatz

Der Versicherer leistet für nachgewiesene

- Zahnarztkosten
- Zahnbehandlungskosten
- Zahnersatzkosten
- Zahnlaborkosten

soweit natürliche Zähne, oder bereits mit festem Zahnersatz (z.B. Brücken, Implantate, Kronen oder Inlays) versehene Zähne beschädigt wurden ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für (Zahn-)Ärzte.

Wird die Zahnspange des versicherten minderjährigen Kindes bei einem versicherten Unfall beschädigt, werden die unfallbedingten Kosten für die Reparatur bis zu einem Betrag von 2.000 EUR ersetzt.

Wird eine Voll-, Klammer-, oder Geschiebeprothese bei einem versicherten Unfall beschädigt, werden die unfallbedingten Kosten für die Reparatur bis zu einem Betrag von 1.500 EUR ersetzt.

7.3 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

Die Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz werden für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

7.4 Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmal diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit Entfernung einer kompletten Brustdrüse, unterziehen. Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Kosmetiker.

Der Versicherer leistet insgesamt bis 15.000 EUR Ersatz für nachgewiesene

- nachgewiesene Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Operation verursacht sind.

Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese in nachgewiesener Höhe bis maximal 5.000 EUR bezahlt.

Keine Leistung wird erbracht:

- wenn die Brustkrebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals

diagnostiziert wurde.

- für Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden.

Der Versicherer ersetzt die Kosten nur, sofern zuvor kein anderer Ersatzpflichtiger die Kosten übernommen hat.

Ersetzt dieser Kostenträger nur einen Teil der Kosten, kann der Versicherungsnehmer die verbleibenden Kosten im Anschluss bei dem Versicherer geltend machen.

8 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze

8.1 Grundsatz

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war) oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer

entstanden.

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

8.2 Rückkehr zum Wohnsitz

- Der Versicherer ersetzt die Mehrkosten bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

Die Kosten für die Verlegung der versicherten Person in ein dem ständigen Wohnsitz nahe gelegenes Krankenhaus erstattet der Versicherer ebenfalls bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit.

- Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernimmt der Versicherer neben den Mehrkosten der Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu 300 EUR.
- Bei einem Unfall im Ausland ersetzt der Versicherer die zusätzlich entstehenden Mehrkosten der Heimreise- und Übernachtungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partnern der versicherten Person. Neben den Mehrkosten für die Heimreise und Übernachtung übernimmt der Versicherer bis zu 300 EUR pro Person auch zusätzliche Verpflegungskosten. Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Personen werden die entstehenden Kosten für die Begleitperson getragen.
- Muss die alleinreisende versicherte Person aufgrund eines während einer Reise erlittenen Unfalls im Krankenhaus behandelt werden und dauert der Krankenhausaufenthalt am Unfallort über den geplanten Rückreisetermin hinaus an, so übernimmt der Versicherer darüber hinaus für eine nahestehende Person die für den Krankenbesuch entstehenden Verpflegungs- und Übernachtungskosten bis 300 EUR, sowie die Hin-

und Rückreisekosten (maximal für die Entfernung zwischen dem Wohnsitz der versicherten Person und des Ort des Krankenhausaufenthaltes).

8.3 Todesfall

- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzt der Versicherer 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.

8.4 Urlaubs- oder Geschäftsreisen

Bei Unfällen auf Urlaubs- oder Geschäftsreisen erstattet der Versicherer die zusätzlich entstehenden Kosten für:

- Die Betreuung minderjähriger Kinder, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben und in deren Haushalt keine Person lebt, bzw. an der Reise teilgenommen hat, die in der Lage ist, die Betreuung zu übernehmen. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.
- Die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, von der versicherten Person in der Regel gepflegt werden und denen bereits ein Pflegegrad zuerkannt wurde. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.
- Den erforderlichen Rücktransport von mitgeführten Haustieren oder für die erforderliche Betreuung von Haustieren am Wohnort der versicherten Person, sofern keine andere Person im Haushalt die Betreuung übernehmen kann. Die Erstattung ist auf maximal 1.000 EUR begrenzt
- für den Transport von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Behandlung und Linderung der Unfallfolgen, soweit dieser auf ärztliche Anordnung erfolgt. Die Erstattung ist auf maximal 100 EUR begrenzt.

Voraussetzung für diese Kostenerstattungen sind ein medizinisch notwendiger Krankenhausaufenthalt der versicherten Person von mindestens 5 Tagen am Unfallort bzw. dem nächstgelegenen Krankenhaus, sowie eine Mindestentfernung vom Wohnsitz der versicherten Person von 150 km.

Die Bergungs-, Such- und Transportkosten werden für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

8.5 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet die nachgewiesenen und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

9 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches), zahlt der Versicherer das Komageld

- Innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
- In Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes

und Genesungsgeldes, mindestens jedoch in Höhe von 30 EUR

für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person in einem Koma befindet.

Beispiel: Das Koma ist der schwerste Grad einer quantitativen Bewusstseinsstörung oder Bewusstlosigkeit. Patienten im Koma sind nicht ansprechbar, zeigen keine Reaktion auf starke Außenreize.



10 Pflegegeld

Erreicht die versicherte Person unfallbedingt den Pflegegrad 3, zahlt der Versicherer ein tägliches Pflegegeld

- innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- in Höhe von 40 EUR

für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 61a und § 61b Sozialgesetzbuch XII ist.

11 Kurbeihilfe / Reha-Kosten

Der Versicherer leistet nach einem unter den Vertrag fallenden Unfallereignis eine Kurkostenbeihilfe für nachgewiesene, vom Versicherten selbst getragene Kurkosten, wenn die versicherte Person

- innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- eine medizinisch notwendige Kur von mindestens einer Woche Dauer durchgeführt hat.

Die Kurkostenbeihilfe zahlt der Versicherer in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen.

Die medizinische Notwendigkeit der Kur bzw. der teilstationären Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Die Kurkostenbeihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Unfallbedingte, medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind **keine** Kur.

e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %

f) Gewebeerstörende Schäden an zwei der folgenden Organe

- Herz
- Lunge
- Leber
- Milz
- Nieren

Sind beide Lungenflügel oder beide Nieren betroffen, wird ebenfalls eine Leistung fällig.

g) Kombination aus mindestens zwei Knochenbrüchen der folgenden Bereiche

- Oberarmknochen
- Unterarmknochen (Elle und Speiche)
- Handwurzelknochen (Kahnbein, Mondbein, Dreiecksbein, Erbsenbein, großes und kleines Viereckbein, Kopfbein und Hakenbein)
- Oberschenkelknochen
- Unterschenkelknochen (Schien- und Wadenbein)
- Kniescheibe
- Fußwurzelknochen (Sprungbein, Fersenbein, Kahnbein, Würfelbein und 1. bis 3. Keilbein)
- Wirbelkörper
- Beckenring

Der Bruch eines oder mehrerer Knochen innerhalb eines Bereiches auf der gleichen Seite (z.B. nur linker Unterarm) gilt als 1 Knochenbruch, wonach keine Leistung erbracht wird.

Ist der Bruch eines oder mehrerer Knochen innerhalb eines Bereiches an unterschiedlichen Seiten (z.B. beide Kniescheiben, Speiche am rechten und linken Unterarm), wird die Leistung fällig.

h) Kombination aus mindestens einem Organ nach f) und einem Knochenbruch nach g).

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

2 Helmklause

Bei sportlichen Aktivitäten, wie z.B. Skifahren, Fahrradfahren, Skaten, Inlinern, Reiten usw., wird bei unfallbedingten Kopfverletzungen die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 25 % erhöht, wenn zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein handelsüblicher geeigneter Helm getragen wurde.

Die Invaliditätsleistung wird hierdurch maximal um 100.000 EUR erhöht.

Verletzungen der Augen und Ohren sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern.

Wird infolge des versicherten Unfalls der benutzte Helm beschädigt oder zerstört, übernimmt der Versicherer die Kosten für die Ersatzbeschaffung eines Helms gleicher Art und Güte zum Neuwert.



C Erweiterung der Leistungen

1 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Die Sofortleistung wird in Höhe von 25% der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, maximal 25.000 EUR, bei folgenden schweren Verletzungen fällig, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall in kausalem Zusammenhang zum Unfallereignis stirbt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes
- c) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- d) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades

3 Sofortleistung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims

Wenn die versicherte Person während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmals erwirbt oder baut, gewährt der Versicherer beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen (unter den Voraussetzungen des Abschnitt C Ziffer 1).

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem Erwerb des Eigenheims oder,
- wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten.

Die Sofortleistung beträgt für die versicherte Person und deren Lebensgefährten/Lebensgefährtin (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) je

- 50.000 EUR im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 45.000 EUR im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 40.000 EUR im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 35.000 EUR im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 30.000 EUR im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 25.000 EUR im 6. Jahr ab Erwerb/Baubeginn

Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine

- mit dem 6. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
- mit Veräußerung des Eigenheims,
- mit Beendigung der Unfallversicherung.

4 Vorsorgeversicherung für private Bauvorhaben (Bauhelfer-Unfallversicherung)

Zusätzlich zu den über diesen Vertrag versicherten Personen besteht für die Dauer eines privaten Bauvorhabens des Versicherungsnehmers auch Versicherungsschutz für maximal vier Bauhelfer.

Beitragsfrei versichert sind ohne Namensnennung maximal vier private Bauhelfer (nicht der Bauherr selbst). Diese müssen für das gesamte Bauvorhaben tätig sein. Alle gewerblich tätigen Personen fallen nicht darunter.

Der Versicherungsschutz beginnt mit Betreten und endet mit Verlassen der Baustelle. Hin- und Rückweg sowie sonstige Zeiten, während derer die Baustelle verlassen wird, sind nicht versichert.

Die Bauhelfer sind während des Bauvorhabens mit

- 50.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression) und
- 10.000 EUR im Todesfall

versichert.

5 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Der Versicherer leistet für innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall entstehende Kosten bis zur Höhe von 50.000 EUR, sofern die folgenden Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind:

- behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person
- behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
- Prothesen, Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), künstliche Organe, Organtransplantation

- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen inkl. der Kosten für Unterbringung und Verpflegung

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.



6 Kosten für Tiere

6.1 Tieroperationskosten

Wird bei einem Unfall, zeitgleich mit der versicherten Person, das Haustier der versicherten Person geschädigt, übernimmt der Versicherer die Kosten für notwendige Operationen des Haustieres.

Die nachgewiesenen Kosten werden einmalig und bis zu 1.000 EUR ersetzt.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten gelten gemacht werden.

6.2 Tierbetreuung

Wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls außerstande ist, ihr vorhandenes Haustier zu versorgen, leistet der Versicherer für gewöhnliche Haustiere (z.B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) die nachgewiesenen Kosten der Unterbringung und Versorgung bis zu einer Höhe von 2.000 EUR.

6.3 Anschaffung eines Assistenzhund

Der Versicherer leistet für innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall entstehende Kosten für die aufgrund der Unfallfolgen medizinisch notwendige Anschaffung von einem Assistenzhund z.B. Blindenhund bis 30.000 EUR.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

7 Haushaltshilfegeld

Der Versicherer übernimmt die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn sich die den Haushalt versorgende versicherte Person wegen eines Unfalls, der unter diesen Vertrag fällt, in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet.

Die Übernahme der Kosten erfolgt bis zu einem Betrag von 50 Euro je Tag, längstens jedoch für 12 Monate.

Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der verunfallten versicherten Person mindestens ein Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.

8 Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln

Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag

fallenden entschädigungspflichtigen Unfall.

Wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, die medizinische Verordnung folgender Hilfsmittel notwendig:

- Arm- und Beinprothesen
- Gehhilfen
- Krankenfahrstuhl
- Orthesen
- Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
- Schienenapparate
- Hörgeräte
- Kunstauge
- Sehhilfen (Brillengestell und Gläser oder Kontaktlinsen).

Die nachgewiesenen Kosten für die genannten Hilfsmittel werden bis max. 10.000 EUR einmal je Unfall gezahlt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

9 Kostenbeteiligung für die Reparatur von Prothesen

Falls infolge eines Unfallereignisses Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernimmt der Versicherer die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Unfall.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei dem Versicherer noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

10 Heilbehandlungen im Ausland

Bei Unfällen, die sich während eines Auslandsaufenthaltes mit einer geplanten Aufenthaltsdauer von bis zu 45 Tagen ereignen, übernimmt der Versicherer die Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem betreffenden Land, einschließlich der Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie privatärztlicher Behandlung. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als 3 Monate im Jahr aufhält.

Die Kosten übernimmt der Versicherer auch über den geplanten Rückreisetermin hinaus, wenn eine frühere Rückkehr aufgrund der Unfallverletzungen nicht möglich war (die Rückreisemehrkosten werden im Rahmen der Bergungs- und Transportkosten übernommen).

Sind für die Behandlung von Unfallfolgen notwendige Arznei-, Hilfsmittel und Geräte vor Ort nicht erhältlich,

übernimmt der Versicherer die entstehenden Versandkosten für die Zusendung, sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei dem Versicherer noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

11 Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

Es gelten Unfälle bei Personen unter 18 Jahren, sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ auch dann versichert, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG).

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

12 Selbstgebaute Feuerwerkskörper

Es gelten Unfälle bei Personen unter 18 Jahren, sowie bei Personen mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ auch dann versichert, wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist.

Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

13 Passives Kriegsrisiko

Es besteht Versicherungsschutz für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird und so lange die versicherte Person Bemühungen anstellt, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 28. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

14 Luftfahrtunfälle

Es besteht Versicherungsschutz für

- für sonstige, nicht zur Besatzung zählende Personen, auch wenn diese mit Hilfe des Luftfahrzeuges eine Tätigkeit ausüben (z.B. für Luftaufnahmen, zur Verkehrsüberwachung oder als medizinisches Personal bei Sanitätsflügen),
- für Passagiere in Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten (z.B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen),
- beim Kitesurfen
- für Flugschüler,

Sobald die versicherte Person eigenständig und eigenverantwortlich ein Luftfahrzeug führt, wofür eine Lizenz erforderlich ist, besteht kein Versicherungsschutz (Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger).

15 Fahrtveranstaltungen

- Es besteht Versicherungsschutz für Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.
- Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen gelten ebenfalls als mitversichert. Jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.
- Zu den versicherten Fahrtveranstaltungen gehören auch solche, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeuges im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z.B. Fahrsicherheitstrainings). Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter besteht kein Versicherungsschutz.
- In jedem Fall besteht kein Versicherungsschutz bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen, bei denen es auf die, auch nur teilweise, Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit oder auch einer maximalen Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Ebenso gewährt der Versicherer grundsätzlich keinen Versicherungsschutz für die Teilnahme an lizenzpflichtigen Motorsportveranstaltungen. Auch besteht bei jeglichen Übungs- und Trainingsfahrten zu Motorsportrennen oder Motorrennsportarten kein Versicherungsschutz.



16 Vorsorge Budget

Für die versicherte Person können folgende Präventionsmaßnahmen geltend gemacht werden:

Schutzausrüstung, z.B.:

- Helme aller Art
- Airbags (Reiten, Fahrradfahren, Motorradfahren)
- Schutzbrillen, Sicherheitsschuhe
- Protektoren

Präventionsmaßnahmen

- Sturzprävention (z.B. Rutschfester Bodenbelag bei Treppen)
- Schwimmkurs
- Fahrsicherheitstraining
- Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Osteoporose Untersuchung)
- GPS Gerät

Die Leistung ist auf 50 EUR innerhalb von 3 Jahren begrenzt.



17 Sportgeräte

Die versicherte Person hat einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, der einen vollstationären Krankenhausaufenthalt zur Folge hat.

Das eigene Sportgerät wurde dabei beschädigt oder zerstört bzw. ist abhandengekommen.

Der Unfall und den darauf beruhenden Schaden oder Verlust des Sportgeräts wurde dem Versicherer unverzüglich nachgewiesen.

Als Nachweis für den Unfall reicht ein ärztliches Attest.

Versicherte Sportgeräte:

- Fahrräder
- Tauchausrüstung
- Inlineskates
- Skier
- Skateboard
- Surfgeräte
- Snowboard
- Kickboards (Cityroller)

17.1 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet bis zur Höhe von 1.000 EUR den Zeitwert oder die Reparaturkosten bis zum jeweiligen Zeitwert. Als Zeitwert werden folgende Werte verbindlich festgelegt:

- im 1. Jahr 100%
- im 2. Jahr 75%
- im 3. Jahr 50%
- im 4. Jahr 30%
- ab dem 5. Jahr 10% des Neupreises

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge und nur einmal je Versicherungsfall verlangt werden.

18 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung oder eingetragener Lebenspartnerschaft

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte bzw. der eingetragene Lebenspartner mit

- 100.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression),
- 10.000 EUR für den Todesfall,
- 20 EUR Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

ab dem Tag der Eheschließung für die Dauer von einem Jahr mitversichert.

Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten bzw. dem eingetragenen Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht. Wird der Ehegatte bzw. der eingetragene Lebenspartner innerhalb von 3 Monaten ab Heirat bzw. Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

Der Verzicht auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen, gemäß Abschnitt F Ziffer 2 ist bei einem Einschluss ohne Gesundheitsprüfung nicht möglich. Der Anteil, ab dem eine Leistungskürzung erfolgt, beträgt 70 %.

19 Krankenhauskosten Ein- oder Zweibettzimmer

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.



D Zusätzliche Leistungen bei Kindern

1 Rooming-In

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet eine dem Kind nahestehende Person mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 60 EUR gezahlt.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2 Vergiftungen / Verätzungen bei Kindern unter 18 Jahren

Für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht Versicherungsschutz in den nachfolgenden Fällen:

Als Unfallereignis gelten ebenfalls auch Vergiftungen durch

- Medikamente
- Tabak
- Alkohol

die das versicherte Kind, auch wenn es von den entsprechend verantwortlichen Personen nicht beaufsichtigt war, eingenommen, ausprobiert, ausgespuckt oder heruntergeschluckt hat.

Mitversichert sind ebenfalls Verätzungen

- der Haut bzw. Schleimhaut durch chemische Stoffe
- in Mund- oder Rachenraum
- Speiseröhre, Magen und Darm
- im Augenbereich

3 Vorsorgeversicherung für Neugeborene und adoptierte Kinder

Die neugeborenen Kinder sind bis zu ein Jahr nach Vollendung der Geburt versichert. Während der Wirksamkeit des Vertrages genießen von dem Versicherungsnehmer adoptierte Kinder im Alter unter 18 Jahren für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption beitragsfreien Versicherungsschutz.

Die Versicherungssummen betragen:

- 100.000 EUR Invaliditätssumme (ohne Progression)
- 10.000 EUR Todesfallsumme
- 20 EUR Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

Der Einschluss während des ersten Jahres erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Der Verzicht auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen, gemäß Abschnitt F Ziffer 2 ist bei einem Einschluss ohne Gesundheitsprüfung nicht möglich. Der Anteil, ab dem eine Leistungskürzung erfolgt, beträgt 70 %.

4 Vollwaisen-Rente

Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlt der Versicherer eine Vollwaisen-Rente an alle mitversicherten minderjährigen Kinder. Adoptivkinder sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

- Die Vollwaisen-Rente wird jährlich in Höhe des fünfzigfachen Brutto-Jahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 10.000 EUR pro Jahr und Kind gezahlt.
- Die Vollwaisen-Rente wird letztmals für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestanden bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

5 Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstattet der Versicherer die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 EUR pro ausgefallenen Schultag.

Die Kostenerstattung ist insgesamt auf 3.000 EUR begrenzt. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

6 Logopädische Therapie

Nach einer unfallbedingten Verletzung der Sprachzentren und den dadurch aufgetretenen Schwierigkeiten

- beim Sprechen
- im Sprachverständnis
- beim Lesen
- beim Schreiben
- beim Nichtsprechen

aufgrund einer psychischen Reaktion, werden von uns die Kosten für eine notwendige logopädische Therapie bzw. psychotherapeutische Therapie, die dem Zweck dient, die kommunikativen Fähigkeiten wiederherzustellen oder zumindest zu verbessern, bis maximal 1.500 EUR für das versicherte Kind erstattet.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

E Erweiterung für versicherte Personen ab Vollendung des 65. Lebensjahres

1 Mitwirkungsanteil ab 65. Lebensjahres

Der Verzicht der Leistungskürzung bei Mitwirkung von unabhängigen Krankheiten oder Gebrechen gemäß Abschnitt F Ziffer 2 wird gestrichen.

Die Leistungen werden ab diesem Zeitpunkt gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 70 % beträgt.

2 Zusätzlich versichert ab Vollendung des

65. Lebensjahres

Zusätzlich vereinbart gilt eine Kapitalleistung bei Blindheit. Blind ist, wem das Augenlicht vollständig fehlt oder wer auf dem besseren Auge oder beidäugig eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,02 (1/50) besitzt.

Der Versicherer leistet bei der augenärztlichen Diagnose von vollständiger Blindheit beider Augen der versicherten Person eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 2.000 EUR.

F Krankheit, Gebrechen und Mitwirkung

1 Krankheit und Gebrechen

Der Versicherer leistet ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Der Versicherer leistet **nicht** für Krankheiten oder Gebrechen.

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

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.
- bei der Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anders bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

Auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen wird verzichtet.

G Was ist nicht versichert?

1.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für:

a) Straftaten

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

b) Vorsatz

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter diese vorsätzlich herbeigeführt hat.

c) Kriegsrisiko

- Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, sowie für Personen, die sich in Erwartung eines eventuellen Kriegs oder Bürgerkriegs in

das Krisengebiet begeben.

- die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
- Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen

d) Rennen

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

e) Führer eines Luftfahrzeugs

Unfälle der versicherten Person

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

Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs

Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

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

Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

1.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Gesundheitsschäden:

a) Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Abschnitt A Ziffer 1.2 hat diese Gesundheitsschäden, überwiegend (das heißt zu mehr als 50%) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

b) Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper

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

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- Für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich

behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

H Erweiterung zur Versicherungsdauer

1 Beginn des Versicherungsschutzes bei Versichererwechsel

Der Versicherer gewährt Versicherungsschutz, wenn eine zeitliche Deckungslücke am selben Tag vom Ablauf des bisherigen Vertrages (12:00 Uhr mittags) und des Beginns dieses Vertrages (24:00 Uhr bzw. 00:00 Uhr) besteht.

2 Arbeitslosigkeit

Wird der Versicherungsnehmer während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald der Versicherungsnehmer beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet ist.

Der Versicherer gewährt während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Versicherungssummen.

Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:

- der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit (Datum der Meldung gem. Absatz 1) mindestens 12 Monate nach den Bedingungen der Unfallversicherung Prestige
- alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit (Datum der Meldung gem. Absatz 1) beglichen.
- das Arbeitsverhältnis war unbefristet und wurde durch den Arbeitgeber gekündigt.
- das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesagentur für Arbeit.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit. Eine schriftliche Mitteilung bzgl. der Beendigung der Arbeitslosigkeit ist dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten zuzusenden.

Auf Wunsch wird die Beitragsfreistellung ohne Versicherungsschutz fortgeführt.

Die Beitragsfreistellung endet ohne eine besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als 3 Jahre andauert.

Nach der Beendigung der Beitragsfreistellung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Beiträge, die schon für die Zeit der Beitragsfreistellung gezahlt sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet, die nach der Beitragsfreistellung zu zahlen sind.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsfreistellung.

3 Arbeitsunfähigkeit

Wird der Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit unfall- oder krankheitsbedingt für mehr als 6 Wochen durchgehend zu 100% arbeitsunfähig und weist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und den Grund durch ein ärztliches Attest nach, gilt folgendes:

Art und Höhe der Leistung:

- Nach Ablauf einer Wartezeit von 3 Monaten tritt die Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit erstmals

ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn der Unfallversicherung Prestige.

- Keine Wartezeit bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit.
- Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag hin bis zu 12 Monate außer Kraft gesetzt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Beitragsfreistellung geltenden Versicherungssummen.
- Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.
- Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt 12 Monaten erreicht wurde.

Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

4 Wehrdienst / Bundesfreiwilligendienst

Der Versicherungsschutz erfährt während der Ableistung von freiwilligem Wehrdienst oder Bundesfreiwilligendienst sowie der Teilnahme an militärischen Reserveübungen keine Beeinträchtigung.

I Erweiterung zum Versicherungsbeitrag

1 Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall

Der Vertrag für die minderjährigen Kinder bleibt beitragsfrei bestehen, wenn der Versicherungsnehmer

- einen Unfalltod erleidet
- einen Unfall erleidet, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50% führt.

Ist neben den Kindern auch der Ehegatte oder Lebensgefährte versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz gilt mit den Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Todes oder der Feststellung des Invaliditätsgrades von mindestens 50 % gültig waren und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahres bestehen, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.

Die Beitragsfreistellung für den Ehegatten oder Lebensgefährten endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

2 Dynamik

Die Versicherungssummen steigen jährlich um 5%. Der vereinbarte Prozentsatz ist dem Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Anpassung erfolgt erstmal zu Beginn des 2. Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre. Dabei werden die

Versicherungssummen auf volle 1 EUR aufgerundet.

Ausgeschlossen von dieser Erhöhung bleiben die Versicherungssummen für

- beitragsneutrale Leistungsarten
- vereinbarte Klauseln

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Zu dem Anpassungstermin erhält der Versicherungsnehmer eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung in Textform widerspricht. Auf Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.

Wenn der Versicherungsnehmer es versäumt hat, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.

Zusätzlich kann der Versicherer und der Versicherungsnehmer diese Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

Die Erhöhung der Versicherungssummen und des Beitrags entfällt, wenn eine der genannten Leistungen die Höchstversicherungssumme nach dem zugrunde liegenden Tarif erreicht hat.

J Besserstellungsklausel und GDV -Musterbedingungen

1 Besserstellungsklausel

Ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen des Vorversicherers zu den in diesem Vertrag versicherten Leistungsarten Verbesserungen im Leistungsumfang, werden diese Verbesserungen auf Antrag des Versicherungsnehmers hin im Leistungsfall berücksichtigt.

Voraussetzung:

Es muss ein unmittelbarer Vorvertrag bei einem anderen in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen, für mindestens 3 Jahre, bestanden haben. Zwischen Ablauf des Vorvertrages und Beginn dieses Vertrages lagen maximal 3 Monate.

Versichert gilt:

Hat der Vorversicherer zu diesen Bedingungen nach „Erweiterungen des Unfallbegriffs“ und „Abänderung zu den Ausschlüssen“ eine für die versicherte Person günstigere Regelung in seinen Versicherungsbedingungen festgelegt, gilt diese im Leistungsfall auch zu diesem Vertrag.

Die beitragsfreien Leistungen, die im Vorvertrag vereinbart waren, wird der Versicherer bis zu einer Gesamthöhe von 25.000 EUR berücksichtigen, wenn sie

- in diesem Vertrag ebenfalls beitragsfrei versichert sind und eine geringere Versicherungssumme vorsehen.
- als beitragsfreie Leistungsart in diesem Vertrag

nicht enthalten sind und auch nicht beitragspflichtig vereinbart werden können. Sie gilt somit nicht für Leistungsarten, die nur gegen Beitragszahlung in diesem Vertrag vereinbart werden können.

Einschränkungen:

Eine Leistung aus der Besserstellungsklausel erfolgt **nicht** bei:

- Änderungen des Vorvertrags, die nach dessen Ablauf oder nach Eindeckung bei der Bayerischen vorgenommen wurden.
- Kündigung des Vorversicherers wegen Nichtzahlung der Beiträge, Obliegenheitsverletzungen (Rücktritt, Kündigung), arglistiger Täuschung oder Betrug.
- Prämien-/Sparanteil(en) der Unfallversicherung (z.B. Unfallversicherung mit Prämien-Rückgewähr).
- Luftfahrtunfällen
- Unfällen bei der aktiven Teilnahme an Rennveranstaltungen.
- Unfällen durch Kernenergie einschließlich Strahlenschäden.
- Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden.

Nachweispflicht:

im Schadenfall obliegt die Nachweispflicht für die Anwendung der Besserstellungsklausel dem Versicherungsnehmer. Als Nachweis ist der Versicherungsschein, die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen sowie die Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung und Risikobeschreibungen des Vorvertrags vorzulegen. Die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG behält sich eine Anfrage beim jeweiligen Vorversicherer vor.

2 Innovationsgarantie

Werden die zu dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

3 Abweichung gegenüber GDV-Musterbedingungen

Die Bayerische garantiert, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Leistungsbeschreibungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung 2024 (AVB UV Prestige 2024) ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen – jeweils aktueller Stand abweichen. Der Versicherer garantiert ferner, dass seine Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse vom Februar 2011 erfüllen.

K Altersgruppentarif und Änderung Berufstätigkeit

1.1 Altersgruppentarif

Diesem Vertrag liegt ein Altersgruppentarif mit folgender Altersstaffelung zugrunde:

- von 0 – 17 Jahre Tarif für Kinder

- von 18 – 64 Jahre Tarif für Erwachsene
- von 65 – 99 Jahre für Senioren

1.2 Mitteilung vor Erreichen der Altersgrenze

Jeweils zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person eine der nachfolgend genannten Altersgruppen erreicht hat, erfolgt eine Beitragsanpassung auf die nächste Altersgruppe.

Über den geänderten Beitrag wird der Versicherungsnehmer rechtzeitig informiert.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, den Versicherungsvertrag kündigen.

1.3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für den Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

a) Mitteilung der Änderung

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

b) Auswirkung 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 die Mitteilung dem Versicherer zugeht, spätestens nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Auf Wunsch wird der Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weitergeführt, sobald die Mitteilung dem Versicherer zugeht. Die tariflich geltenden Mindestsummen können jedoch nicht unterschritten werden.

c) Versehensklausel bei Berufswechsel

Unterbleibt die Anzeige versehentlich, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt hat.

Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

geregelt.

Im Folgenden werden die Verhaltensregeln (Obliegenheiten) beschrieben. Diese Verhaltensregeln müssen nach einem Unfall beachtet werden, denn ohne die Mithilfe kann der Versicherer die Leistung nicht erbringen.

- 1) Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anweisungen befolgen und den Versicherer unterrichten.
- 2) Sämtliche Angaben, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- 3) Der Versicherer beauftragt Ärzte, falls dies für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht, trägt der Versicherer.

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstattet der Versicherer einen festen Betrag in Höhe von 2 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme oder eines Jahres-Bruttobeitrages.

Maßgeblich ist der höhere, sich aus dem Vertragsanteil der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt ergebende Betrag, höchstens jedoch 1.000 EUR.

- 4) Für die Prüfung der Leistungspflicht werden möglicherweise Auskünfte von
 - Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben
 - Anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden

benötigt.

Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person muss es dem Versicherer ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

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

1.1 Geringfügig erscheinende Unfallfolgen

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

1.2 Versehensklausel

Unterbleibt die Anzeige, bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit gem. Abschnitt L Ziffer 1 versehentlich, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

1.3 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von

L Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Abschnitt B Ziffer 1

Obliegenheiten?

Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, geht der Versicherungsschutz verloren.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnisses zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, 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 der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

1.4 Unfalltod

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich, ist dem Versicherer das Recht zu verschaffen,

eine Obduktion – durch einen durch den Versicherer beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

M Wann sind die Leistungen fällig?

Die Leistungen werden erbracht, nachdem der Versicherer die Erhebungen abgeschlossen hat, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt folgendes:

1 Erklärung über die Leistungspflicht

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang die Leistungspflicht anerkannt wird. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald dem Versicherer folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Die Verhaltensregeln nach Abschnitt L müssen beachtet werden.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer. Sonstige Kosten (bspw. Gutachterkosten für vom Versicherungsnehmer selbst in Auftrag gegebene Gutachten) werden nicht übernommen.

1.1 Fälligkeit der Leistung

Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich die Vertragsparteien über Grund und Höhe geeinigt, leistet der Versicherer innerhalb von zwei Wochen.

1.2 Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer – auf Wunsch des Versicherungsnehmers – 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 (Ziffer 2.6) beansprucht werden. Wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist, kann bis zur vereinbarten Invaliditätssumme eine Vorschussleistung beansprucht werden.

1.3 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

Wenn der Versicherer eine Neubemessung wünscht, teilt er dies zusammen mit der Erklärung über die Leistungspflicht mit.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Neubemessung wünscht, muss dies vor Ablauf der Frist mitgeteilt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als der Versicherer bereits gezahlt hat, wird der überzahlte Betrag zurück gefordert.

N Die Vertragsdauer

1 Wann beginnt und endet der Vertrag?

1.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der erste oder der einmalige Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt ist.

1.2 Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

a) Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird.

Kündigen kann sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer. Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

b) Vertragsbeendigung

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

Zusätzlich zu der in Ziffer 1.2 a) genannte

Kündigungsmöglichkeit gilt:

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr kann der Vertrag nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres durch den Versicherungsnehmer täglich gekündigt werden.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens drei Jahren kann der Vertrag nach Ablauf des dritten Versicherungsjahres durch den Versicherungsnehmer täglich gekündigt werden.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsnehmer den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Die Kündigung muss dem Versicherer uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

1.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall kann der Versicherungsnehmer oder der Versicherer den Vertrag kündigen,

- wenn der Versicherer erstmals eine Leistung erbracht hat, oder
- wenn der Versicherer erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt hat, oder
- wenn der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben hat.

Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn der Versicherungsnehmer kündigt, wird die Kündigung wirksam, sobald sie dem Versicherer zugeht. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Die Kündigung des Versicherers wird einen Monat, nachdem sie der Versicherungsnehmer erhalten hat, wirksam.

1.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

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 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

O Der Versicherungsbeitrag

1 Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten und wann muss der Beitrag gezahlt werden?

a) Beitrag und Versicherungsperiode

Die Beiträge können je Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden. 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

b) Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese ist vom Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu bezahlen.

1.1 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag

a) Fälligkeit der Zahlung

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein erhalten hat, muss der erste Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlt sein.

b) Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn der erste Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlt wird, beginnt der Versicherungsschutz erst zu diesem späteren Zeitpunkt.

Darauf muss der Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass er die verspätete Zahlung nicht verschuldet hat, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

c) Rücktritt

Wenn der erste Beitrag nicht rechtzeitig bezahlt wird, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die verspätete Zahlung nicht verschuldet hat.

1.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

a) Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

b) Verzug

Wenn der Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlt wird, gerät der Versicherungsnehmer in Verzug, auch wenn der Versicherungsnehmer keine Mahnung erhalten hat.

Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die verspätete Bezahlung nicht verschuldet hat.

Bei Verzug ist der Versicherer berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der durch den Verzug entstanden ist (Abschnitt O Ziffer 1.2 c).

c) Zahlungsfrist

Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Die Zahlungsaufforderung des Versicherers ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer Abschnitt O Ziffer 1.2 d) mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

d) **Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**

Wenn nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt wurde,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- kann der Versicherer den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn der Versicherungsnehmer nach der Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag bezahlt, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung des Versicherungsnehmers besteht kein Versicherungsschutz.

1.3 **Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**

Wenn eine Einziehung des Beitrags vereinbart wurde, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Einziehung nicht widersprochen wird.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Verschulden nicht eingezogen werden kann und nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich gezahlt wird.

Wenn der Versicherungsnehmer es zu vertreten hatte, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Der Beitrag muss dann beglichen werden, wenn der Versicherer hierzu in Textform aufgefordert hat.

1.4 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

1.5 **Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt und

- bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- der Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegereignisse verursacht wurde,

gilt folgendes:

- der Vertrag wird mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

1.6 **Beitragsanpassung**

Der Versicherer ist berechtigt, eine allgemeine Beitragsanpassung im Versicherungsbestand vorzunehmen, wenn die Beitragsanpassung den Bestimmungen und anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik entspricht.

Hierzu wird bis zum 1. Juli eines jeden Jahres ermittelt, um welchen Vomhundertsatz sich das Produkt von Schadenhäufigkeit und Durchschnitt der Schadenzahlungen im vergangenen Jahr erhöht oder vermindert

hat. Als Schadenhäufigkeit eines Kalenderjahres gilt die Anzahl der in diesem Jahr gemeldeten Versicherungsfälle, geteilt durch die Anzahl der im Jahresmittel versicherten Risiken.

Als Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres gilt die Summe der Zahlungen, die für alle in diesem Jahr erledigten Versicherungsfälle insgesamt geleistet wurden, geteilt durch die Anzahl dieser Versicherungsfälle.

Veränderungen der Schadenhäufigkeit und des Durchschnitts der Schadenzahlungen, die aus Leistungsverbesserungen herrühren, werden bei Feststellungen des Versicherers nur bei denjenigen Verträgen berücksichtigt, in denen sie in beiden Vergleichsjahren bereits enthalten sind.

Ergeben die Ermittlungen einen Vomhundertsatz unter 5, unterbleibt eine Beitragsänderung. Der Vomhundertsatz ist jedoch in den folgenden Jahren mit zu berücksichtigen. Ergeben die Ermittlungen einen höheren Vomhundertsatz ist dieser, wenn er nicht durch 2,5 teilbar ist, auf die nächstniedrigere durch 2,5 teilbare Zahl abzurunden. Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den abgerundeten Vomhundertsatz zu verändern. Der erhöhte Beitrag darf den zum Zeitpunkt der Erhöhung geltenden Tarifbeitrag nicht übersteigen.

Die Beitragsanpassung gilt für alle Folgejahresbeiträge, die ab dem 1. Oktober des Jahres, im dem die Ermittlungen erfolgten, fällig werden. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Die allgemeine Beitragsanpassung wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam.

Eine Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Versicherungsnehmer mitgeteilt wird und in Textform über das Kündigungsrecht belehrt wurde.

Der Vertrag kann im Fall der Beitragserhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zu dem Zeitpunkt gekündigt werden, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

Die Kündigung ist in Textform zu erklären.

P Weitere Bestimmungen

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

1.1 Fremdversicherung

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

Der Versicherer zahlt Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an den Versicherungsnehmer aus, wenn der Unfall einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Der Versicherungsnehmer ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

1.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

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

2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist bis zur Abgabe der Vertragserklärung verpflichtet, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für eine Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die der Versicherer

- nach Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellt.

Soll eine andere Person als der Versicherungsnehmer versichert werden, ist auch diese – neben dem Versicherungsnehmer - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für den Versicherungsnehmer beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, wird der Versicherungsnehmer so behandelt, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

2.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Der Versicherer kann in einem solchen Fall

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

a) Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Wenn der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktritt, bleibt die Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

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

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

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt die Leistungspflicht.

b) Kündigung

Wenn das Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden.

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

c) Vertragsänderung

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

Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Der Vertrag kann innerhalb eines Monats, nachdem der Versicherungsnehmer die Mitteilung des Versicherers erhalten hat, fristlos gekündigt werden, wenn der Versicherer

- im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöht oder er
- die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließt.

Auf dieses Recht wird in der Mitteilung über die Vertragsänderung hingewiesen.

3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen dem Versicherer nur zu, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer hat kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn der nicht angezeigte Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

Der Versicherer kann die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt.

Bei der Ausübung der Rechte müssen die Umstände angegeben werden, auf die unsere Erklärung stützt. Zur Begründung kann der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall

vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können die Rechte auch nachträglich geltend machen werden.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

3.1 Anfechtung

Der Versicherer kann den Vertrag auch anfechten, falls die Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

3.2 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Regelungen des Abschnitt P Ziffern 2 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

4 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag

4.1 Gesetzliche Verjährung

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

4.2 Aussetzung der Verjährung

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

4.3 Meinungsverschiedenheiten

Treten Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer auf, kann sich der Versicherungsnehmer jederzeit an die Beschwerdestelle des Versicherers wenden:

https://www.diebayerische.de/lob-und-kritik/unser_beschwerdemanagement/

Außerdem stehen dem Versicherungsnehmer insbesondere folgende weitere Beschwerdemöglichkeiten zu:

1) Versicherungsombudsmann

Wenn es sich beim Versicherungsnehmer um einen Verbraucher oder um eine Person handelt, die sich in verbraucherähnlicher Lage befindet, gilt:

Bei Streitigkeiten in Versicherungsangelegenheiten kann sich der Versicherungsnehmer an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin

Telefon 0800 3696000

E-Mail:
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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.

2) Versicherungsaufsicht

Wenn der Versicherungsnehmer mit der Betreuung des Versicherers nicht zufrieden ist oder Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auftreten, kann er sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden. Der Versicherer unterliegt der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Telefon: 0800 2 100 500

E-Mail:
poststelle@bafin.de

Internet: <https://www.bafin.de>

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

5 Welches Gericht ist zuständig

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer sind folgende Gerichte zuständig:

- Das Gericht am Sitz des Versicherers oder der Niederlassung, die für den Vertrag zuständig ist.
- Das Gericht des Wohnorts des Versicherungsnehmers oder, wenn kein fester Wohnsitz besteht, am Ort des gewöhnlichen Aufenthalts.

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Wohnorts des Versicherungsnehmers, oder wenn kein fester Wohnsitz besteht, das Gericht des gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

6 Was ist bei Mitteilungen zu beachten, Was gilt bei Änderung der Anschrift

- Anzeigen oder Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung gerichtet werden.
- Änderungen der Anschrift müssen dem Versicherer mitgeteilt werden

Wenn diese Benachrichtigung ausbleibt und der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber einer rechtlichen Erklärung abgeben will, gilt folgendes:

- Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn sie per Einschreiben an die letzte bekannte Anschrift geschickt wurde. Das gilt auch, wenn die Änderung des Namens nicht mitgeteilt wurde.

7 Welches Recht findet Anwendung

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Q Gliedertaxe und Progression

1 Gliedertaxe

Es gilt die entsprechend vereinbarte Klausel zur Gliedertaxe. Diese ist jeweils dem Versicherungsschein zu entnehmen.

1.1 Gliedertaxe Smart

Soweit die „Gliedertaxe Smart“ vereinbart ist, werden die festgelegten Invaliditätsgrade wie folgt festgelegt:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

Eines Armes	70%
Eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
Eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
Einer Hand	55%
Eines Daumens	20%
Eines Zeigefingers	10%
Eines anderen Fingers	5%
Eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70%
Eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
Eines Beines bis unterhalb des Knies	50%
Eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
Eines Fußes	40%
Einer großen Zehe	5%
Einer anderen Zehe	2%
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	50%
des Gehörs auf einem Ohr	30%
des Geruchsinn	10%
des Geschmacksinn	5%
der Stimme	100%
einer Niere	20%
beider Nieren	100%
der Gallenblase	10%
der Milz	10%
der Milz bei Kindern unter 14 Jahren	20%
des Magens	20%
des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms je	25%
Eines Lungenflügels	50%

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

1.2 Gliedertaxe Komfort

Soweit die „Gliedertaxe Komfort“ vereinbart ist, werden die festgelegten Invaliditätsgrade wie folgt festgelegt:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

Eines Armes	80%
Eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80%
Eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	80%
Einer Hand	75%
Eines Daumens	30%
Eines Zeigefinger	20%
Eines anderen Fingers	10%
sämtliche Finger einer Hand	75%
Eines Beines über der Mitte des	80%

Oberschenkels	
Eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	80%
Eines Beines bis unterhalb des Knies	80%
Eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	80%
Eines Fußes	60%
Einer großen Zehe	15%
Einer anderen Zehe	5%
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	70%
des Gehörs auf einem Ohr	45%
des Geruchsinn	20%
des Geschmacksinn	20%
der Stimme	100%
einer Niere	25%
beider Nieren	100%
der Gallenblase	10%
der Milz	10%
der Milz bei Kindern unter 14 Jahren	20%
des Magens	20%
des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms je	25%
Eines Lungenflügels	50%

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

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100%.

War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80%.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Für die in der Gliedertaxe genannten Organe: Niere, Gallenblase, Milz, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach Abschnitt Q Ziffer 1.4) erfolgen soll.

1.3 Gliedertaxe Prestige

Soweit die „Gliedertaxe Prestige“ vereinbart ist, werden die festgelegten Invaliditätsgrade wie folgt festgelegt:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

Eines Armes	100%
Eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100%
Eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	100%
Einer Hand	90%
Eines Daumens	45%
Eines Zeigefinger	30%
Eines anderen Fingers	20%
sämtliche Finger einer Hand	90%
Eines Beines über der Mitte des	100%

Oberschenkels	
Eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	100%
Eines Beines bis unterhalb des Knies	100%
Eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	100%
Eines Fußes	70%
Einer großen Zehe	20%
Einer anderen Zehe	10%
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	80%
des Gehörs auf einem Ohr	50%
des Geruchsinn	25%
des Geschmackssinn	25%
der Stimme	100%
einer Niere	30%
beider Nieren	100%
der Gallenblase	20%
der Milz	20%
der Milz bei Kindern unter 14 Jahren	20%
des Magens	30%
des Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarms je	30%
Eines Lungenflügels	50%

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

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100%.

War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80%.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

Für die in der Gliedertaxe genannten Organe: Niere, Gallenblase, Milz, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm und Lungenflügel hat der Kunde das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach Abschnitt Q Ziffer 1.4) erfolgen soll.

2 Progression

Es gilt die entsprechend vereinbarte Klausel zur Progression. Diese ist jeweils dem Versicherungsschein zu entnehmen.

von Invaliditäts-grad	bei „225 %“ auf	bei „225 % Plus“ auf	bei „350 %“ auf	bei „350 % Plus“ auf	bei „500 %“ auf	bei „500 % Plus“ auf	bei „1000 %“ auf	bei „1000% Plus“ auf
1 – 25 %	1 – 25 %	1 – 25 %	1 – 25 %	1 – 25 %	1 – 25 %	1 – 25 %	1 – 25 %	1 – 25 %
26 %	27 %	28 %	28 %	29 %	30 %	30 %	30 %	30 %
27 %	29 %	31 %	31 %	33 %	35 %	35 %	35 %	35 %
28 %	31 %	34 %	34 %	37 %	40 %	40 %	40 %	40 %
29 %	33 %	37 %	37 %	41 %	45 %	45 %	45 %	45 %
30 %	35 %	40 %	40 %	45 %	50 %	50 %	50 %	50 %
31 %	37 %	43 %	43 %	49 %	55 %	55 %	55 %	55 %
32 %	39 %	46 %	46 %	53 %	60 %	60 %	60 %	60 %
33 %	41 %	49 %	49 %	57 %	65 %	65 %	65 %	65 %
34 %	43 %	52 %	52 %	61 %	70 %	70 %	70 %	70 %
35 %	45 %	55 %	55 %	65 %	75 %	75 %	75 %	75 %
36 %	47 %	58 %	58 %	69 %	80 %	80 %	80 %	80 %
37 %	49 %	61 %	61 %	73 %	85 %	85 %	85 %	85 %
38 %	51 %	64 %	64 %	77 %	90 %	90 %	90 %	90 %
39 %	53 %	67 %	67 %	81 %	95 %	95 %	95 %	95 %
40 %	55 %	70 %	70 %	85 %	100 %	100 %	100 %	100 %
41 %	57 %	73 %	73 %	89 %	105 %	105 %	105 %	105 %
42 %	59 %	76 %	76 %	93 %	110 %	110 %	110 %	110 %
43 %	61 %	79 %	79 %	97 %	115 %	115 %	115 %	115 %
44 %	63 %	82 %	82 %	101 %	120 %	120 %	120 %	120 %
45 %	65 %	85 %	85 %	105 %	125 %	125 %	125 %	125 %
46 %	67 %	88 %	88 %	109 %	130 %	130 %	130 %	130 %
47 %	69 %	91 %	91 %	113 %	135 %	135 %	135 %	135 %
48 %	71 %	94 %	94 %	117 %	140 %	140 %	140 %	140 %
49 %	73 %	97 %	97 %	121 %	145 %	145 %	145 %	145 %
50 %	75 %	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	150 %	150 %
51 %	78 %	104 %	105 %	132 %	157 %	160 %	167 %	175 %
52 %	81 %	108 %	110 %	139 %	164 %	170 %	184 %	200 %
53 %	84 %	112 %	115 %	146 %	171 %	180 %	201 %	225 %
54 %	87 %	116 %	120 %	153 %	178 %	190 %	218 %	250 %
55 %	90 %	120 %	125 %	160 %	185 %	200 %	235 %	275 %
56 %	93 %	124 %	130 %	167 %	192 %	210 %	252 %	300 %
57 %	96 %	128 %	135 %	174 %	199 %	220 %	269 %	325 %
58 %	99 %	132 %	140 %	181 %	206 %	230 %	286 %	350 %
59 %	102 %	136 %	145 %	188 %	213 %	240 %	303 %	375 %
60 %	105 %	140 %	150 %	195 %	220 %	250 %	320 %	400 %

61 %	108 %	144 %	155 %	202 %	227 %	260 %	337 %	425 %
62 %	111 %	148 %	160 %	209 %	234 %	270 %	354 %	450 %
63 %	114 %	152 %	165 %	216 %	241 %	280 %	371 %	475 %
64 %	117 %	156 %	170 %	223 %	248 %	290 %	388 %	500 %
65 %	120 %	160 %	175 %	230 %	255 %	300 %	405 %	525 %
66 %	123 %	164 %	180 %	237 %	262 %	310 %	422 %	550 %
67 %	126 %	168 %	185 %	244 %	269 %	320 %	439 %	575 %
68 %	129 %	172 %	190 %	251 %	276 %	330 %	456 %	600 %
69 %	132 %	176 %	195 %	258 %	283 %	340 %	473 %	625 %
70 %	135 %	180 %	200 %	265 %	290 %	350 %	490 %	650 %
71 %	138 %	184 %	205 %	272 %	297 %	360 %	507 %	675 %
72 %	141 %	188 %	210 %	279 %	304 %	370 %	524 %	700 %
73 %	144 %	192 %	215 %	286 %	311 %	380 %	541 %	725 %
74 %	147 %	196 %	220 %	293 %	318 %	390 %	558 %	750 %
75 %	150 %	225 %	225 %	350 %	325 %	500 %	575 %	1000 %
76 %	153 %	225 %	230 %	350 %	332 %	500 %	592 %	1000 %
77 %	156 %	225 %	235 %	350 %	339 %	500 %	609 %	1000 %
78 %	159 %	225 %	240 %	350 %	346 %	500 %	626 %	1000 %
79 %	162 %	225 %	245 %	350 %	353 %	500 %	643 %	1000 %
80 %	165 %	225 %	250 %	350 %	360 %	500 %	660 %	1000 %
81 %	168 %	225 %	255 %	350 %	367 %	500 %	677 %	1000 %
82 %	171 %	225 %	260 %	350 %	374 %	500 %	694 %	1000 %
83 %	174 %	225 %	265 %	350 %	381 %	500 %	711 %	1000 %
84 %	177 %	225 %	270 %	350 %	388 %	500 %	728 %	1000 %
85 %	180 %	225 %	275 %	350 %	395 %	500 %	745 %	1000 %
86 %	183 %	225 %	280 %	350 %	402 %	500 %	762 %	1000 %
87 %	186 %	225 %	285 %	350 %	409 %	500 %	779 %	1000 %
88 %	189 %	225 %	290 %	350 %	416 %	500 %	796 %	1000 %
89 %	192 %	225 %	295 %	350 %	423 %	500 %	813 %	1000 %
90 %	195 %	225 %	300 %	350 %	430 %	500 %	830 %	1000 %
91 %	198 %	225 %	305 %	350 %	437 %	500 %	847 %	1000 %
92 %	201 %	225 %	310 %	350 %	444 %	500 %	864 %	1000 %
93 %	204 %	225 %	315 %	350 %	451 %	500 %	881 %	1000 %
94 %	207 %	225 %	320 %	350 %	458 %	500 %	898 %	1000 %
95 %	210 %	225 %	325 %	350 %	465 %	500 %	915 %	1000 %
96 %	213 %	225 %	330 %	350 %	472 %	500 %	932 %	1000 %
97 %	216 %	225 %	335 %	350 %	479 %	500 %	949 %	1000 %
98 %	219 %	225 %	340 %	350 %	486 %	500 %	966 %	1000 %
99 %	222 %	225 %	345 %	350 %	493 %	500 %	983 %	1000 %
100 %	225 %	225 %	350 %	350 %	500 %	500 %	1000 %	1000 %