Produkt-Steckbrief

Unfallvorsorge aktiv

Weil Ihr aktives Leben starken Schutz verdient.



Die meisten Unfälle passieren im Haushalt, auf Reisen oder in der Freizeit. Die gesetzliche Unfallversicherung hilft dann allerdings nicht – denn sie zahlt nur bei Unfällen am Arbeits- oder Ausbildungsplatz bzw. auf dem Hin- oder Rückweg. Dabei kann ein Unfall schnell Einkommenseinbußen und hohe Folgekosten verursachen. Mit dem Geld aus der privaten Unfallversicherung können diese aufgefangen werden – und zwar unabhängig davon, wann und wo sich das Unglück ereignet hat. Die Stuttgarter **Unfallvorsorge aktiv** bietet Ihnen leistungsstarken Schutz, der zu Ihnen und Ihrem Leben passt.

Leistungsstarker Unfallschutz

Sie erhalten eine umfassende und verlässliche Absicherung, die Sie finanziell auffängt. Mit starken Grundleistungen, hohen Gliedertaxen und auf Wunsch mit Progression.

Bedarfsgerechter Rundumschutz

Sie sichern sich wertvolle Inklusivleistungen – passend zu Ihren Bedürfnissen. Immer in unbegrenzter Höhe inklusive sind z. B. Bergungs-/Rettungskosten, Zahnbehandlung und kosmetische Operationen nach einem Unfall.

Flexibel in jeder Lebenslage

Sie können Ihren Schutz auch während der Laufzeit flexibel anpassen, z. B. durch Wechsel der Produktlinie oder der Gliedertaxe oder Ergänzung passender Zusatzleistungen.

Verantwortungs-bewusstes Verhalten

Die Stuttgarter fördert mit der Unfallvorsorge aktiv verantwortungsbewusstes Verhalten – und erhöht in bestimmten Fällen Ihre Versicherungsleistung.

Rechtlicher Hinweis: Bei dem vorliegenden Dokument handelt es sich um eine Werbemitteilung. Bei den Beschreibungen handelt es sich um verkürzte, unverbindliche Darstellungen. Maßgeblich sind ausschließlich die Tarifbestimmungen und die Versicherungsbedingungen.

7.3.045 – Stand 1/2026

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstraße 120 | 70197 Stuttgart | **T** 0711 665-63 | **F** 0711 665-1516
info@stuttgarter.de | **www.stuttgarter.de**

Die Stuttgarter
Der Vorsorge-Versicherer

Die Stuttgarter
Der Vorsorge-Versicherer

Inhalt Ihrer Vertragsunterlagen

Die Vertragsunterlagen bestehen aus folgenden Bestandteilen:

- **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- **Verbraucherinformation für die Unfallversicherung**
- **Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026 - MK - Fassung 01.06.2026)**
- **Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Modell 9)**
- **Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades nach der XL-Gliedertaxe**
- **Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (75%)**
- **Datenschutzhinweise**
- **Antrag**
- **Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht**

Die Stuttgarter
Der Vorsorge-Versicherer

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Stuttgarter Versicherung AG Deutschland

Produkt: Unfallvorsorge aktiv

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte einer Unfallversicherung. Die vollständigen Informationen und den für Ihren Vertrag vereinbarten Versicherungsumfang finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

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

Was ist versichert?

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

Geldleistungen

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

Dienstleistungen

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

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

Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z.B. Diabetes, Gelenkserkrankungen)
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung)
- ✗ Sieht eine Leistungsart eine Wartezeit vor, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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

- ! Unfälle durch Drogenkonsum
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden

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

Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

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

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Wenn Sie uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen, müssen Sie dafür sorgen, dass dieser Betrag auf Ihrem Konto verfügbar ist.

Wann beginnt und endet die Deckung?

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

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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

Die Stuttgarter
Der Vorsorge-Versicherer

Verbraucherinformation für die Unfallversicherung

Die Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) sind in dieser Verbraucherinformation, in dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, in den Versicherungsbedingungen und im Antrag enthalten. Diese Verbraucherinformation enthält zudem Informationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr nach § 312i Absatz (1) Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche (EGBGB).

Allgemeine Informationen

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

Vertretung
Die Stuttgarter Versicherung AG wird vertreten durch den Vorstand Dr. Guido Bader (Vors.), Dr. Ulrich Mitzlaff (St. Vors.), Olaf Engemann, Jesko Kannenberg, Michael Krebbers und Ralf Oestereich.

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

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

- Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026);
  Bei Mitversicherung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) für den Versicherungsnehmer:
  - die Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA-Modell 3)

  Bei Einschluss von Zuwachs von Leistung und Beitrag (ZLB):
  - die Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Modell 9)

  Bei Mitversicherung der Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA) für den Versicherungsnehmer:
  - die Bedingungen für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA - Modell 7)

  Bei einer Unfallversicherung mit besonderer Bemessung des Invaliditätsgrades nach der XL-Gliedertaxe:
  - die Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades nach der XL-Gliedertaxe

  Bei einer Unfallversicherung mit besonderer Bemessung des Invaliditätsgrades nach der XXL-Gliedertaxe:
  - die Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades nach der XXL-Gliedertaxe

  Bei Mitversicherung der Mitwirkungsregelung von Krankheiten und Gebrechen (75%):
  - die Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (75%)

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers
Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen finden Sie im Antrag und in den Ziffern 2 und 9 - 11 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026). Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Angaben Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

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

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrags
Angaben zu Ihrem Beitrag hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung finden Sie in Ziffer 11 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026). Die Zahlungsweise Ihres Beitrags können Sie dem Antrag entnehmen. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie die Angaben zur Zahlungsweise in Ihrem Versicherungsschein.

Zu Stande kommen des Vertrags
Ihr Vertrag kommt zu Stande, wenn wir die Annahme Ihres Antrags, in der Regel durch Aushändigung des Versicherungsscheins, erklärt haben. Angaben zum Versicherungsbeginn finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrages finden Sie den Versicherungsbeginn in Ihrem Versicherungsschein. Angaben zum Beginn des Versicherungsschutzes können Sie der Ziffer 10 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026) entnehmen.

Widerrufsrecht und -folgen
Hier finden Sie Informationen zum Widerrufsrecht und den Rechtsfolgen des Widerrufs. Die Widerrufsbelehrung erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**

einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,

- **die Widerrufsbelehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in dieser Verbraucherinformation aufgeführten Informationen,**

die nach § 1 der VVG-Informationspflichtenverordnung zur Verfügung zu stellen sind

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Stuttgarter Versicherung AG, Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart, E-Mail: info@stuttgarter.de oder an die zuständige Geschäftsstelle/Generalagentur.
Schließen Sie Ihren Vertrag ausschließlich unter der Verwendung von Fernkommunikationsmitteln über eine Online-Benutzeroberfläche (z. B. Website), können Sie Ihr Widerrufsrecht auch online auf der Website, auf der Sie den Vertrag online schließen, ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Beiträge zurückzugewähren. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von

1/30 des Monatsbeitrags pro Tag bzw.

1/90 des Vierteljahresbeitrags pro Tag bzw.

1/180 des Halbjahresbeitrags pro Tag bzw.

1/360 des Jahresbeitrags pro Tag.

Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.
Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens 12 Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

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

Beendigung des Vertrags, insbesondere vertragliche Kündigungsbedingungen
Die vertraglichen Kündigungsbedingungen finden Sie in Ziffer 10 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026).

Angabe des anwendbaren Rechts
Auf Ihren Vertrag findet sowohl bei der Vertragsanbahnung als auch nach Abschluss des Versicherungsvertrags das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben über das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht finden Sie in Ziffer 17 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026).

Zuständiges Gericht
Angaben zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 15 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026).

Vertragssprache für Ihren Versicherungsvertrag
Die Vertragsunterlagen erhalten Sie in deutscher Sprache. Auch die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten
Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, bitten wir Sie, diese zunächst an uns zu richten.

Es stehen Ihnen weitere außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten zur Verfügung. Angaben hierzu finden Sie in Ziffer 20 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026).

Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde
Sie können sich jedoch auch kostenlos und formlos an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) wenden. Angaben hierzu finden Sie in Ziffer 20 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026).

Weitere Informationen

Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) / Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA)
Sofern Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit mitversichert ist, kann sich dies eventuell nachteilig auf eine beantragte Arbeitslosengeld II-Leistung auswirken.

Informationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr

Im elektronischen Geschäftsverkehr gelten für den Versicherer besondere Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 BGB in Verbindung mit Artikel 246c EGBGB, zu denen die Mitteilung der folgenden Informationen gehört:

Vertragsschluss
Sie bestätigen durch Klick auf den Button, mit dem Sie die Versicherung kostenpflichtig beantragen, die Richtigkeit Ihrer Angaben, gleichzeitig werden diese an uns übermittelt und Ihr Online-Antrag ist verbindlich gestellt. Der Erhalt Ihres Online-Antrags wird Ihnen unverzüglich mit Zusendung einer Empfangsbestätigung an Ihre angegebene E-Mail-Adresse bestätigt. Der Vertrag kommt zu Stande, wenn Ihnen der Versicherungsschein per Post zugeht.

Vertragstext
Sie haben vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Möglichkeit, die Vertragsunterlagen einschließlich der Versicherungsbedingungen abzurufen und zu speichern oder auszudrucken. Sie benötigen dazu den Adobe-Reader. Nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung können Sie diese Vertragsunterlagen auf unserer Internetseite nicht mehr abrufen.

Eingabefehler
Bevor Sie Ihren Online-Antrag absenden, werden Ihnen alle von Ihnen gemachten Eingaben in einem Fenster angezeigt und können von Ihnen dort korrigiert werden.

Sprache
Die für den Vertragsschluss zur Verfügung stehende Sprache ist ausschließlich Deutsch. Auch die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt ausschließlich in Deutsch.

Verhaltensregeln

Wir sind den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct) beigetreten. Diese Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.stuttgarter.de/datenschutz abrufen.

Die Stuttgarter
Der Vorsorge-Versicherer

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen Komfort (AUB 2026 - MK - Fassung 01.06.2026)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

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

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

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

Ihre Stuttgarter Versicherung AG

Wer ist wer?

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

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

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

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

Leistungsarten bei Unfall:
2.1 Invaliditätsabsicherung
2.2 Erweiterte Übergangsleistung
2.3 Unfall-Tagegeld
2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld
2.5 Genesungsgeld
2.6 Unfalltod (Todesfallleistung)
2.7 Schulausfallgeld
2.8 Sofortleistung für Schwerverletzte
2.9 Familienhilfe Plus für Kinder (Kinder-Tarif)
2.10 Familienhilfe Plus für Erwachsene
2.11 Sport*Aktiv*
2.12 Reha-Management
2.13 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen
2.14 Kostenübernahme bei Rehabilitationsmaßnahmen
2.15 Heilkosten
2.16 Gipsgeld (Modell 2)

2.17 Schmerzensgeld
2.18 Einmalzahlung bei Dienstunfähigkeit

Leistungsarten bei Unfall oder Krankheit:
2.19 Soforthilfe bei Krebserkrankung
2.20 Krankenhaustagegeld
2.21 Krankenhaustagegeld (Modell 2)
2.22 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung
2.23 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung (Modell 2)
2.24 Einmalzahlung bei bestimmten Krebserkrankungen (Modell 4)
2.25 Einmalzahlung bei bestimmten Organschäden
2.26 KrebshilfePlus

Vorsorge-Unfallversicherung:
2.27 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Partner
2.28 Beitragsfreie Versicherung für eine Haushaltshilfe und für eine Kinderbetreuung
2.29 Bergungs- und Rettungskosten
2.30 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (Modell Zahn)
2.31 Innovationsgarantie
2.32 Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
3.1 Krankheiten und Gebrechen
3.2 Mitwirkung

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

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

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

6 Was müssen Sie
– bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
– bei einem Kindertarif
– bei Vollendung des 51., des 67. und des 80. Lebensjahres
beachten?

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
6.2 Umstellung des Kindertarifs
6.3 Umstellung des Erwachsenentarifs in den Tarif für Personen ab 51 Jahre nach Vollendung des 51. Lebensjahres
6.4 Umstellung des Tarifs für Personen ab 51 Jahre in den Seniorentarif nach Vollendung des 67. Lebensjahres
6.5 Umstellung des Seniorentarifs in den Tarif für Personen ab 80 Jahre nach Vollendung des 80. Lebensjahres

Der Leistungsfall

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

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

Der Versicherungsbeitrag

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

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung
14.2 Aussetzung der Verjährung

15 Welches Gericht ist zuständig?

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

17 Welches Recht findet Anwendung?

18 Beitragsangleichung bei veränderten Versicherungsleistungen

19 Welche besonderen Kosten stellen wir Ihnen zusätzlich in Rechnung?

Gebührenbestimmungen

20 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags weltweit und rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

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

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung

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

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

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

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

1.4.2 Gesundheitsschädigungen bei Rettungsmaßnahmen

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

1.4.3 Gewalttätige Auseinandersetzungen

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen durch gewalttätige Auseinandersetzungen (z. B. innere Unruhen), wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.4.4 Terroranschläge

Versicherungsschutz besteht außerhalb der Territorien von Krieg oder Bürgerkrieg führenden Parteien, wenn die versicherte Person überraschend von Terroranschlägen betroffen wird.

1.4.5 Tauchunfälle

Versicherungsschutz besteht auch bei tauchtypischen Gesundheitsschäden (z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung) der versicherten Person als Sport-/Hobbytaucher, unabhängig davon, ob die Gesundheitsschäden auf einem plötzlich von außen auf den Körper wirkenden Ereignis beruhen.

Bei einer Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag erstattet. Die Kostenerstattung ist in jedem Fall im Rahmen der Bergungs- und Rettungskosten in voller Höhe abgedeckt.

1.4.6 Unfälle im Wasser

Versicherungsschutz besteht auch bei Ertrinken und Ersticken der versicherten Person im Wasser.

1.4.7 Erfrieren

Versicherungsschutz besteht auch bei Erfrierungen.

1.4.8 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

Versicherungsschutz besteht auch bei unfreiwilligem Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

1.4.9 Strahlen, auch Sonnenbrand oder Sonnenstich

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschäden durch Strahlen. Hierunter fällt auch ein Sonnenbrand oder Sonnenstich. Bitte beachten Sie die Ausschlüsse nach Ziffer 5.1.6 und 5.2.3.

1.4.10 Vergiftungen durch Gase und Dämpfe

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

1.4.11 Vergiftungen durch das Berühren von Pflanzen

Versicherungsschutz besteht auch bei
- Pflanzenvergiftungen, welche durch Berühren, Schlucken, Kauen und/ oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewußt war.

1.4.12 Gesundheitsschädigungen durch Impfungen

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

1.4.13 Infektionen

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen durch nachfolgende Infektionen:

1.4.13.1

Tollwut oder Wundstarrkrampf

1.4.13.2

Borreliose oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) aufgrund eines Zeckenstichs, sofern die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages ausbricht.

1.4.13.3

Brucellose oder Malaria

1.4.13.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Voraussetzung ist, dass
- aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch plötzliches Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase (Anhusten, Annießen oder Anhauchen erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht) in den Körper gelangt sind.
- die Infektionskrankheit frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages erstmalig ausbricht.
- kein Terrorakt, keine Kontamination des Leitungswassers, keine Kontamination von Nahrungsmitteln und keine Pandemie die Infektion verursacht hat.

1.4.13.3.2 Art der Leistung

Eine Leistung kann nur aus einer vereinbarten Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1.3) oder Unfall-Rente (Ziffer 2.1.4) geltend gemacht werden.

1.4.13.3.3 Nachweise

In Ergänzung zu Ziffer 9 ist uns noch ärztlich nachzuweisen, dass ein Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die genannten Erreger und einer Invalidität besteht.

1.4.13.4

Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen, z. B. durch Tierbisse, in den Körper gelangten (und z. B. eine Blutvergiftung oder Wundinfektion hervorrufen). Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.

1.4.13.5

Als Unfallereignis gelten auch sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, einschließlich allergischer Reaktionen, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

1.4.13.6

Infektionen durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.4).

1.4.14 Insektenstiche/-bisse, Allergische Reaktionen

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

1.4.15 Psychologische Hilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, aufgrund ärztlicher Anordnung psychologische Betreuung, übernehmen wir die Kosten für die ersten 10 Sitzungen, sofern kein anderer Kostenträger eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, wird der fehlende Restbetrag erstattet. Unsere Kostenerstattung ist in jedem Fall auf 1.000 Euro begrenzt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.2.7 gilt hierfür nicht.

1.4.16 Herzinfarkt, Schlaganfall als Unfallfolge

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

1.4.17 Mechanische. chemische und elektrische Einwirkung

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

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

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

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

<u>Leistungsarten bei Unfall:</u>

2.1 Invaliditätsabsicherung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

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

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist
- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

Nur in Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

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

2.1.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

2.1.2.1

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

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

2.1.2.2 Gliedertaxe

2.1.2.2.1 L-Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile, Organe oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

– Arm	70%
– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
– Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
– Hand	55%
– Daumen	20%
– Zeigefinger	10%
– anderer Finger	5%
– Bein über der Mitte des Oberschenkels	70%
– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
– Bein bis unterhalb des Knies	50%
– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
– Fuß	40%
– große Zehe	5%
– andere Zehe	2%
– Auge	50%
– Milz	10%
– eine Niere	20%
– beide Nieren	100%
– ein Lungenflügel	50%
– Gehör auf einem Ohr	30%
– Gehör auf beiden Ohren	60%
– Stimme	40%
– Geruchssinn	10%
– Geschmackssinn	5%

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

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

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile, Organe oder Sinnesorgane

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

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.1.3 Invaliditätsleistung als Einmalzahlung

2.1.3.1

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

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

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme (Invaliditäts-Grundsumme) und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.3.2 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 225

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 225 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

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

2.1.3.3 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 350

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 350 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

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

2.1.3.4 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 500

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 500 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

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

2.1.3.5 Helmbonus

2.1.3.5.1
Erleidet die versicherte Person als Reiter, Rad-, Ski-, Snowboard-, Skateboard-, Snakeboard-, Streetboard-, Inlineskate-, Rollschuh-, Kickboard-, Tretroller-, Hoverboard-, Schlittenfahrer, Wind- und Kitesurfer sowie als Kind im Lastenrad, Fahrradanhänger oder Fahrradkindersitz durch einen versicherten Unfall eine Kopfverletzung, die zu einer Invalidität führt und hat nachweislich einen handelsüblichen und geeigneten Kopfschutz (z.B. Helm oder Airbag-Kopfschutz) getragen, erhöht sich die Invaliditätsgrundsumme für eine durch die Kopfverletzung entstandene Invalidität um 25 Prozent. Die Invaliditätsleistung wird hierdurch maximal um 100.000 EUR erhöht.

Verletzungen des Gesichts, der Augen und Ohren sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

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

2.1.3.5.2
Wird infolge des versicherten Unfalls nach Ziffer 2.1.3.5.1 der benutzte Kopfschutz beschädigt oder zerstört, übernehmen wir die Kosten für die Ersatzbeschaffung eines Kopfschutzes gleicher Art und Güte zum Neuwert.

2.1.3.6 Erhöhte Invaliditätsleistung bei bestimmten Unfällen

Erleidet die versicherte Person
- im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit und/oder
- im Rahmen der Tätigkeit als Nothelfer und/oder
- während der Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (einschließlich Fernzügen und -bussen)

einen versicherten Unfall, der zu einer Invalidität führt, erhöht sich die Invaliditätsgrundsumme um 25 Prozent. Die Invaliditätsleistung wird hierdurch höchstens um 100.000 Euro erhöht.

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

2.1.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

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

2.1.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in folgender Höhe:
Bei einem Invaliditätsgrad
- von mindestens 50 Prozent die vereinbarte Grundrente,
- von mindestens 90 Prozent die doppelte Grundrente, sofern ausdrücklich vereinbart.

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

2.1.4.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.1.4.3.1

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

2.1.4.3.2

Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des dritten Monats, in dem
- die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, aber vor Ablauf von zehn Jahren Rentenbezug (vom Unfallmonat an gerechnet), zahlen wir die Unfall-Rente so lange weiter, bis zehn Jahre Rentenbezug erreicht sind oder
- wir Ihnen mittteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern. Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüg-

lich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit, so lange, bis uns die Bescheinigung vorliegt.

2.2 Erweiterte Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1

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

a) zu mindestens 100 Prozent beeinträchtigt, und die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 3 Monate an.
b) zu mindestens 50 Prozent beeinträchtigt, und die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

2.2.1.2

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

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

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.3 Unfall-Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

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

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

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

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

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

2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

2.4.2.1

Wir zahlen das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld
- für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung, längstens jedoch für fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls. Unsere Leistung erbringen wir auch über das 5. Unfalljahr hinaus, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf fünf Jahre begrenzt.
- einmal je Unfall für sieben Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.4.2.2 Krankenhausaufenthalt im Ausland

Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Ausland, der einen Krankenhausaufenthalt im Ausland erforderlich macht, zahlen wir das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.4.2.3 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches Koma), zahlen wir ein Komageld in Höhe des Unfall-Krankenhaustagegeldes für jeden Tag, an dem sich die versicherte Person in einem Koma befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Sind gleichzeitig die Voraussetzungen für die Zahlung des Unfall-Krankenhaustagegeldes und des Komageldes erfüllt, so erfolgt nur die Zahlung des Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.4.2.4 Rooming-in

Handelt es sich bei der versicherten Person um ein minderjähriges Kind und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), zahlen wir für die Übernachtungen des Erziehungsberechtigten im Krankenhaus das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person
- wurde aus der vollstationären Behandlung entlassen und
- hatte Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Unfall-Krankenhaustagegeld zahlen, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

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

2.6 Unfalltod (Todesfallleistung)

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

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

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

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

2.6.2.1

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.2.2 Dreifache Todesfallleistung bei Unfalltod von Eltern

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

2.7 Schulausfallgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.7.1.1

Kann das versicherte Kind unfallbedingt nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen, wird das Schulausfallgeld ab dem 10. Schulausfalltag gezahlt.

2.7.1.2

Jeder Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes ist unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und einer Bescheinigung der Schule zu begründen.

2.7.2 Dauer der Leistung

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

2.7.3 Ende des Versicherungsschutzes

Diese Leistungsart entfällt, sobald das versicherte Kind die Schulausbildung beendet, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Nach Beendigung der Leistungsart wird der diesbezügliche Beitragsanteil nicht mehr erhoben.

2.8 Sofortleistung für Schwerverletzte

2.8.1 Sofortleistung

2.8.1.1

Die vereinbarte Sofortleistung wird gezahlt, wenn die versicherte Person durch einen Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erleidet:

a) Querschnittslähmung durch Schädigung des Rückenmarks
b) Amputation von mindestens einem ganzen Fuß oder einer ganzen Hand
c) Schädelhirnverletzung mit einer zweifelsfrei nachgewiesenen Hirnprellung (Kontusion) oder Hirnblutung
d) schwere Mehrfachverletzung
   entweder Frakturen von zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
   - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen
   - Fraktur des Beckens
   - Fraktur der Wirbelsäule
   - gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ
e) Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
f) Erblindung auf beiden Augen

und nicht innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall verstirbt.

2.8.1.2

Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres nach dem Unfall.

2.8.2 Erhöhte Sofortleistung beim Bauen oder Kaufen von Wohneigentum

Wenn die versicherte Person während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erwirbt oder baut, zahlen wir zusätzlich die doppelte Sofortleistung nach Ziffer 2.8.1.

Dieser Versicherungsschutz beginnt mit dem Erwerb des Eigenheims oder – wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig ist – mit dem Beginn der Bauarbeiten. Er endet zum frühesten der nachfolgenden Termine:
- mit Ablauf des fünften Jahres nach Baubeginn bzw. Erwerb,
- mit Veräußerung des Wohneigentums,
- mit Beendigung der Unfallversicherung.

Bestehen bei uns für die versicherte Person mehrere beitragsfreie Versicherungen für die erhöhte Sofortleistung, erbringen wir eine Leistung nur aus einem dieser Verträge.

2.9 Familienhilfe Plus für Kinder (Kinder-Tarif)

2.9.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.9.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall

Ist das versicherte Kind durch den Unfall in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und benötigt deshalb zu Hause Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfebedürftigkeit) oder die Familie benötigt wegen bzw. für die erforderliche Versorgung dieses Kindes im Haushalt Hilfe, erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.9.4.

2.9.1.2 Hilfebedürftigkeit durch eine Krebserkrankung

Sofern in diesem Vertrag für das versicherte Kind die Leistung "Soforthilfe bei Krebserkrankung" mitversichert ist und hieraus ein Leistungsanspruch entsteht, erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.9.4. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind durch die Erkrankung in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass es bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe benötigt oder die Familie wegen bzw. für die erforderliche Versorgung des Kindes im Haushalt Hilfe benötigt.

2.9.1.3 Hilfe bei Unfalltod

Stirbt das versicherte Kind infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, haben die Familienmitglieder Anspruch auf psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.9.5.

2.9.1.4

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

2.9.2 Wer gilt als Familienmitglied?

Als Familienmitglied des versicherten Kindes gelten die im selben Haushalt lebenden Eltern und Geschwister.

2.9.3 Bedarfsermittlung, Umfang und Dauer der Leistungen

2.9.3.1 Bedarfsermittlung, Erstgespräch

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

2.9.3.2

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

2.9.3.3

Wird uns die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen, ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung. Sollte sich im Rahmen der Leistungsprüfung herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellen wir die Hilfeleistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen tragen wir.

2.9.4 Hilfeleistungen

2.9.4.1 Hilfeleistungen, die für bis zu sechs Monate ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.9.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, erbracht werden:

2.9.4.1.1 Menüservice

Das versicherte Kind und seine Familienmitglieder erhalten je nach organisatorischer Machbarkeit pro Person einmal in der Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit.
Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot des Dienstleisters ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

Alternativ erstatten wir die Kosten von selbst gekauften Speisen gegen Vorlage der jeweiligen Belege, maximal bis zu sechs Euro täglich pro Person und Mahlzeit.

2.9.4.1.2 Einkäufe und Besorgungen

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

2.9.4.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Ist der Besuch des versicherten Kindes bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich, wird es dorthin gebracht und wieder abgeholt - gegebenenfalls mit einer Begleitperson aus der Familie - und wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet, bis zu zweimal pro Woche, in einem Umkreis von 25 Kilometern von dessen Wohnort.

2.9.4.1.4 Reinigung der Wohnung

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

2.9.4.1.5 Wäsche und Kleidung

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

2.9.4.2 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.9.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, einmalig erbracht werden:

2.9.4.2.1 Pflegeschulung für Angehörige

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

2.9.4.2.2 Pflegeberatung durch den Dienstleister

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

2.9.4.2.3 Tag- und Nachtwache

Kehrt das versicherte Kind
- nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bzw. einer unfallbedingten ambulanten Operation oder
- nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten Operation wegen einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.9.1.2

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

2.9.4.2.4 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

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

2.9.4.2.5 Vermittlung einer Haustierbetreuung

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

2.9.4.2.6 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

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

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

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

2.9.4.3 Hilfeleistungen, die innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer Krebserkrankung nach Ziffer 2.9.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, für bis zu vier Wochen erbracht werden:

2.9.4.3.1 Grundpflege

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

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

2.9.4.3.2 Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege)

An Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Tag- und Nachtwache sowie Grundpflege können Sie für das versicherte Kind und seine minderjährigen Geschwister eine Familienbetreuung für bis zu acht Stunden täglich in Anspruch nehmen. Die Leistungen werden zwischen 6 Uhr und 22 Uhr erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung des Kindes und seiner minderjährigen Geschwister niemand zur Verfügung steht.

Die Betreuung
- umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung in der Grundschule, Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Begleitung zu Kindergarten/Schule, Hilfe beim An- und Auskleiden und Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).
- sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche (waschen, trocknen, bügeln, sortieren), Schuhpflege, Einkauf und die Wohnungsreinigung im üblichen Umfang.

2.9.5 Psychosoziale Betreuung

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

2.9.6 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als fünf Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als fünf Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

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

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

2.10 Familienhilfe Plus für Erwachsene

2.10.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.10.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall

Ist die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und benötigt deshalb zu Hause Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfebedürftigkeit), erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.4.

2.10.1.2 Hilfebedürftigkeit durch eine schwere Erkrankung

Sofern in diesem Vertrag für die versicherte Person die Leistung "Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung", "Einmalzahlung bei bestimmten Krebserkrankungen" oder "Einmalzahlung bei bestimmten Organschäden" mitversichert ist und hieraus ein Leistungsanspruch entsteht, erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.4. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person durch die Erkrankung in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe benötigt.

2.10.1.3 Hilfe bei Unfalltod

Stirbt die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls, haben die Familienmitglieder Anspruch auf Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege) nach Ziffer 2.10.4.3 und psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.10.6.

2.10.1.4

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

2.10.2 Wer gilt als Familienmitglied?

Als Familienmitglied der versicherten Person gilt der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie ihre im selben Haushalt lebenden Kinder.

2.10.3 Bedarfsermittlung, Umfang und Dauer der Leistungen

2.10.3.1 Bedarfsermittlung, Erstgespräch

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

2.10.3.2

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

2.10.3.3

Wird uns die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen, ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung. Sollte sich im Rahmen der Leistungsprüfung herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellen wir die Hilfeleistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen tragen wir.

2.10.4 Hilfeleistungen

2.10.4.1 Hilfeleistungen, die für bis zu sechs Monate ab dem Tag des Unfalls, im Falle einer schweren Erkrankung nach Ziffer 2.10.1.2 vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung an, erbracht werden:

2.10.4.1.1 Menüservice

Die versicherte Person und ihre Familienmitglieder erhalten je nach organisatorischer Machbarkeit pro Person einmal in der Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit.
Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot des Dienstleisters ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

Alternativ erstatten wir die Kosten von selbst gekauften Speisen gegen Vorlage der jeweiligen Belege maximal bis zu sechs Euro täglich pro Person und Mahlzeit.

2.10.4.1.2 Einkäufe und Besorgungen

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

2.10.4.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Ist der Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich, wird sie dorthin gebracht und wieder abgeholt - gegebenenfalls mit einer Begleitperson aus der Familie -

und wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet, bis zu zweimal pro Woche, in einem Umkreis von 25 Kilometern von deren Wohnort.

2.10.4.1.4 Reinigung der Wohnung

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

2.10.4.1.5 Wäsche und Kleidung

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

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

2.10.4.2.1 Pflegeschulung für Angehörige

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

2.10.4.2.2 Pflegeberatung durch den Dienstleister

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

2.10.4.2.3 Tag- und Nachtwache

Kehrt die versicherte Person
- nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bzw. einer unfallbedingten ambulanten Operation oder
- nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten Operation wegen einer schweren Erkrankung nach Ziffer 2.10.1.2

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

2.10.4.2.4 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

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

2.10.4.2.5 Vermittlung einer Haustierbetreuung

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

2.10.4.2.6 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

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

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

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

2.10.4.2.8 Pflegeplatzgarantie

Wir vermitteln einen Pflegeplatz an die versicherte Person in einer Pflegeeinrichtung in Deutschland innerhalb von 24 Stunden nach Aufforderung, spätestens zum Ende des folgenden Arbeitstages, es sei denn, die versicherte Person ist suizidgefährdet. Es wird ein möglichst wohnortnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen wohnortnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Transport-/ Fahrtkosten werden übernommen.

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

2.10.4.3.1 Grundpflege

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

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

2.10.4.3.2 Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege)

Leben im Haushalt der versicherten Person Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen, können Sie an Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Tag- und Nachtwache, Grundpflege sowie Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder eine Familienbetreuung für bis zu acht Stunden täglich in Anspruch nehmen. Die Leistungen werden zwischen 6 Uhr und 22 Uhr erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht.

Die Betreuung
- umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung in der Grundschule, Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Begleitung zu Kindergarten/Schule, Hilfe beim An- und Auskleiden und die Unterstützung der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).
- sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche (waschen, trocknen, bügeln, sortieren), Schuhpflege, Einkauf und die Wohnungsreinigung im üblichen Umfang.

2.10.5 Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder

Ist die versicherte Person durch den Versicherungsfall ganz oder teilweise außerstande, die Betreuung des von ihr bereits in häuslicher Pflege betreuten Familienmitglieds mit anerkannter Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (elftes Buch) fortzuführen, werden die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.4 auch für diese Person erbracht, sofern sie benötigt werden.

2.10.6 Psychosoziale Betreuung

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

2.10.7 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als fünf Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als fünf Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

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

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

2.11 Sport*Aktiv*

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.11.1.1

Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erleidet und
- deswegen für mindestens drei Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt ist. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten,

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

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

2.11.1.2

Folgende Sportgeräte sind versichert:
Fahrräder inkl. -anhänger, Inline-Skates, Rollschuhe, Skier, Skateboards, Snakeboards, Streetboards, Hoverboards, Surfgeräte, Snowboards, Kickboards (City-Roller), Tretroller, Laufräder, Threeliner, Stand Up Paddle Boards, Schlitten, Schlittschuhe.

2.11.1.3

Der Unfall und der darauf beruhende Schaden oder Verlust des versicherten Sportgeräts sind uns unverzüglich nachzuweisen.

2.11.2 Höhe der Leistung

2.11.2.1

Wir erstatten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme den Zeitwert oder die Reparaturkosten bis zum jeweiligen Zeitwert.

2.11.2.2

Als Zeitwert werden folgende Werte verbindlich festgelegt:
Im 1. Jahr 100 Prozent, im 2. Jahr 80 Prozent, im 3. Jahr 60 Prozent, im 4. Jahr 40 Prozent, ab dem 5. Jahr 20 Prozent des Neupreises.

2.12 Reha-Management

2.12.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister die Leistungen nach den Ziffern 2.12.3 und 2.12.4. Ein Leistungsanspruch besteht nur für Maßnahmen, die innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erfolgen.

Wird uns anhand medizinischer Unterlagen dargelegt, dass die Leistungsvoraussetzungen voraussichtlich gegeben sind, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Leistungen nach den Ziffern 2.12.3 und 2.12.4.1, ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Leistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, stellen wir die Leistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Leistungen tragen wir.

Die Leistungen nach Ziffer 2.12.4.2 werden im Falle der Anerkennung unserer Leistungspflicht erbracht.

2.12.2 Dauer, Umfang und Höhe der Leistungen

Ein Leistungsanspruch besteht innerhalb eines Zeitraums von maximal zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, sofern in

den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Danach endet unsere Leistungspflicht. Die Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung) sind auf insgesamt 30 Stunden begrenzt.

Ist lediglich eine Vermittlung oder Organisation von Leistungen oder eine Unterstützung vorgesehen, werden - bis auf die Vermittlungs-, Organisations- und Unterstützungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.12.3 Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung)

2.12.3.1

In einem Erstgespräch mit der versicherten Person, den behandelnden Ärzten oder weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen wird die medizinische Situation festgestellt und ein individuelles therapeutisches Rehabilitationskonzept erarbeitet.

2.12.3.2

Während der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen wird die versicherte Person betreut. Dabei werden unter Einbindung der behandelnden Ärzte gegebenenfalls weitere Möglichkeiten zur Optimierung der Rehabilitationsmaßnahmen, z. B. die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung, vorgeschlagen und/oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik organisiert. Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung.

2.12.3.3

Bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben beraten und unterstützen wir die versicherte Person unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten. Unsere Leistungen umfassen die Unterstützung bei der Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes, bei der möglicherweise notwendigen Suche nach einem neuen Arbeitsplatz und bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit. Wir betreuen die versicherte Person während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase.

2.12.3.4

Wir beraten die versicherte Person über

- mögliche Leistungen der Sozialversicherungen sowie anderer Kostenträger und übernehmen auf Wunsch die Kommunikation mit diesen Einrichtungen, auch hinsichtlich einer Kostenübernahme. Zudem bieten wir Hilfe bei der Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen und auf Feststellung einer Schwerbehinderung, sofern sich die Pflegebedürftigkeit oder Schwerbehinderung als Unfallfolge darstellt.
- Fragestellungen in der häuslichen Umgebung, die sich aus dem Unfall ergeben und organisieren bei Bedarf einen Pflege- und/oder Hilfsdienst oder Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen).
- die Möglichkeiten des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Mobilität (z. B. behindertengerechter KFZ-Umbau) und organisieren bei Bedarf die entsprechenden Maßnahmen.
- die behindertengerechte Umgestaltung des Wohnumfeldes und übernehmen bei Bedarf die Organisation oder unterstützen bei der Suche eines behindertengerechten Objekts.

2.12.4 Weitere Leistungen

2.12.4.1 Kostenübernahmen bei schlüssiger Darlegung eines voraussichtlichen Invaliditätsgrads von mindestens 50 Prozent:

2.12.4.1.1 Rehabilitationsmaßnahmen

Die Kosten der von uns empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen wir im stationären Bereich bis zu einem Betrag von 15 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme und im ambulanten Bereich bis zu fünf Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere von einem Krankenversicherer oder einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.12.4.1.2 Pflegeheimkosten

Wir übernehmen bei erforderlicher stationärer Unterbringung der versicherten Person die Pflegeheimkosten, soweit die Kosten von keinem anderen Kostenträger übernommen werden. Unsere Kostenübernahme ist auf 1,5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme pro Monat für maximal sechs Monate begrenzt.

2.12.4.2 Kostenübernahmen bei einem anerkannten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent:

Unter den nachstehenden weiteren Voraussetzungen werden auch folgende Kosten übernommen, sofern sie durch die unfallbedingte Invalidität von mindestens 50 Prozent verursacht sind. Übernommen wird nur der Teil der Kosten, der anteilig in den Leistungszeitraum gemäß Ziffer 2.12.2 fällt. Es besteht jedoch kein Anspruch, soweit die Kosten von einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.12.4.2.1 Hilfsmittelversorgung

Besteht die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung bzw. werden Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen) benötigt, übernehmen wir die daraus entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.12.4.2.2 Mobilität

Ist für das Führen eines Kraftfahrzeugs eine behindertengerechte Umgestaltung des auf die versicherte Person oder dessen Ehepartner / eingetragenen Lebenspartner zugelassenen Kraftfahrzeugs erforderlich, übernehmen wir die Umgestaltungskosten bis zu einem Betrag von 15 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.12.4.2.3 Anpassung des Wohnumfeldes

Ist eine Nutzung des bisherigen Wohnumfeldes nicht mehr möglich oder wesentlich eingeschränkt, übernehmen wir die Kosten zur behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfeldes bis zu einem Betrag von 30 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.12.4.2.4 Berufliche Rehabilitation

Kann der bisherige Beruf nicht mehr oder nicht in seitheriger Form ausgeübt werden, übernehmen wir für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation die Kosten bis zu einem Betrag von 20 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.12.4.3 Reihenfolge der Kostenübernahmen

Die Kostenübernahmen erfolgen in der Reihenfolge ihrer Anforderungen und sind auf 100 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

2.12.5 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als fünf Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als fünf Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung. Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als fünf Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als fünf Prozent gesenkt wird, verpflichten wir uns, den Beitrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

2.13 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.13.2 Art und Höhe der Leistung

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

2.14 Kostenübernahme bei Rehabilitationsmaßnahmen

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.14.2 Höhe der Leistung

Nachgewiesene Kosten, die für medizinisch notwendige Maßnahmen zur Behebung der Unfallfolgen während der Dauer der vollstationären Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, erstatten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

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

2.15 Heilkosten

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.15.1.1

Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens und die Kosten für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandszeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.

2.15.1.2

Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

2.15.2 Höhe der Leistung

2.15.2.1

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

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

2.15.2.2

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

2.16 Gipsgeld (Modell 2)

2.16.1 Voraussetzung für die Leistung

2.16.1.1

Die versicherte Person hat unfallbedingt einen Knochenbruch erlitten und hat deshalb aufgrund ärztlicher Anweisung einen Gipsverband getragen. Dem Gipsverband gleichgestellt ist ein Hartschaum- oder Kunststoffverband sowie eine Schienung oder die operative Stabilisierung des Knochenbruchs.

2.16.1.2
Ein Knochenbruch (Fraktur) ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung. Nicht als Knochenbruch gelten Fissuren, Knorpelfrakturen und Knorpelabscherungen. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen.

2.16.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Versicherungsleistung erbringen wir einmal je Unfall in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, auch wenn mehrere Knochenbrüche gleichzeitig vorliegen.

2.16.3 Ausschluss des Zuwachses von Leistung und Beitrag

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

2.17 Schmerzensgeld

2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat unfallbedingt eine Gesundheitsschädigung gemäß der unter Ziffer 2.17.4 aufgeführten Schmerzensgeldtabelle erlitten und verstirbt nicht innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall.

Der Anspruch erlischt mit Ablauf von 15 Monaten nach dem Unfall.

2.17.2 Nachweis

Die Gesundheitsschädigung muss uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen werden.

2.17.3 Höhe der Leistung

Wir erbringen die Leistung gemäß der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem in der Tabelle festgelegten Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme.

Hat der Unfall zu mehreren der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Gesundheitsschädigungen geführt, richtet sich die Höhe der Leistung nach der eingetretenen Gesundheitsschädigung, für die in der Tabelle der höchste Prozentsatz festgelegt ist.

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

2.17.4 Schmerzensgeldtabelle

Frakturen

Frakturen im Sinne dieser Bedingungen sind vollständige Knochenbrüche (Kontinuitätsunterbrechung eines Knochens unter Bildung von Fragmenten). Unvollständige Frakturen sind Grünholzfrakturen, Epiphysensprengungen, Fissuren, Infraktionen, Knochenabscherungen und -absprengungen.

Nicht versichert sind Zahnfrakturen.

Für Re-Frakturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Fraktur mindestens ein Jahr vergangen ist.

Band- und Sehnenrupturen

Band- und Sehnenrupturen im Sinne dieser Bedingungen sind vollständige Zerreißungen von stabilisierenden Bandstrukturen und vollständige Zerreißungen von Sehnen sowie vollständige knöcherne Bandausrisse.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Meniskusrisse, Muskel- und Muskelfaserrisse.

Für Re-Rupturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Ruptur mindestens ein Jahr vergangen ist.

Betroffene Körperregion	**Leistungshöhe in Prozent der vereinbarten Versicherungssumme**
Verlust Seh-, Hörfähigkeit oder Stimme	
Vollständiger Verlust der Hörfähigkeit auf beiden Ohren (Taubheit)	100 %
Vollständiger Verlust oder vollständige Erblindung auf einem Auge	100 %
Vollständiger Verlust der Stimme	100 %
Knochenbrüche	
Fraktur des Oberschenkels	25 %
Fraktur des Knies oder Unterschenkels (Knie, Tibia, Fibula)	21 %
Fraktur des Beckens (ohne Kreuz- und Steißbein)	21 %
Fraktur des Schädeldachs, der Schädelbasis oder eines Gesichtsschädelknochens (ohne Nasenbein)	16 %
Fraktur des Humerus (Oberarm)	16 %
Fraktur eines Wirbelskörpers an der Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, am Kreuz- oder Steißbein	12 %
Fraktur des Radius (Speiche) oder der Ulna (Elle)	8 %
Vollständige Frakturen die vorstehend nicht explizit aufgeführt sind	4 %
Unvollständige Frakturen	2 %
Band- und Sehnenrupturen	
Vollständige Band- oder Sehnenruptur der unteren Gliedmaßen (ohne Füße): vordere/ hintere Kreuzbandruptur, Innen-/ Außenbandruptur, Achilles-/ Patellasehnenruptur	13,5%

Vollständige Band- oder Sehnenruptur der oberen Gliedmaßen (ohne Hände)	8,5%
Vollständige Ruptur von Streck- oder Beugesehnen der Hände, vollständige Band- oder Sehnenruptur der Füße	4,5%
Vollständige Band- und Sehnenrupturen, die nicht explizit genannt sind	2,5%

2.17.5 Ende des Versicherungsschutzes

Diese Leistungsart entfällt zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.18 Einmalzahlung bei Dienstunfähigkeit

2.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.18.1.1
Der Unfall führt zu einer Dienstunfähigkeit.

2.18.1.2
Eine Dienstunfähigkeit liegt vor, wenn ein Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB zur Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne geführt hat und der Versicherte wegen der Dienstunfähigkeit rechtswirksam in den Ruhestand versetzt oder aus dem Beamtenverhältnis entlassen worden ist.

2.18.2 Nachweis

Wird die versicherte Person wegen der durch den Unfall herbeigeführten Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt oder aus dem Beamtenverhältnis entlassen, so ist uns der behördliche Bescheid über diese Maßnahme unverzüglich zu übersenden, und zwar im Original oder mittels öffentlich beglaubigter Abschrift. Wir sind berechtigt, ergänzende Auskünfte bei der Dienstbehörde einzuholen.

Ziffer 7 bleibt im Übrigen unberührt.

2.18.3 Art und Höhe der Leistung

Die Leistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

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

2.18.4 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person in den Ruhestand versetzt wird, aus dem Beamtendasein ausscheidet, dienstunfähig wird oder zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

Leistungsarten bei Unfall oder Krankheit:

2.19 Soforthilfe bei Krebserkrankung

2.19.1 Voraussetzungen für die Leistung

Versicherungsschutz besteht, wenn nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn bei dem versicherten Kind erstmals eine bösartige Krebserkrankung ärztlich festgestellt wird.

2.19.2 Art und Höhe der Leistung

Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.19.3 Ende des Versicherungsschutzes

Diese Leistungsart entfällt mit Auszahlung der Versicherungssumme, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Nach Beendigung der Leistungsart wird der diesbezügliche Beitragsanteil nicht mehr erhoben.

2.20 Krankenhaustagegeld

2.20.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.20.1.1
Die versicherte Person ist in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, unabhängig davon ob dies auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen ist. Dazu zählt auch die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (sogenannte gemischte Institute).

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

2.20.1.2
Der Versicherungsfall beginnt mit der vollstationären Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die stationäre Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

2.20.1.3
Jede vollstationäre Heilbehandlung ist uns innerhalb eines Monats nach ihrem Beginn anzuzeigen.

2.20.1.4
Keine Leistungspflicht besteht

- für die bei Antragstellung bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten und Folgen, auch wenn sie nicht behandelt wurden, sowie für die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen;
- für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als

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

2.20.2 Wartezeiten

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf folgender Wartezeiten:

- Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Sie entfällt bei Unfällen.
- Die besonderen Wartezeiten betragen bei vollstationären Behandlungen wegen Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate vom Versicherungsbeginn an gerechnet.
- Bei Erhöhungen des Krankenhaustagegeldes während der Vertragslaufzeit gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an. Für Erhöhungen des Krankenhaustagegeldes im Rahmen der vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag gelten keine Wartezeiten.

2.20.3 Art und Dauer der Leistung

- Das versicherte Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen ohne Kostennachweis und für längstens zwei Jahre je Versicherungsfall gezahlt. Dabei werden Aufnahme- und Entlassungstag je als ein voller Tag gewertet.
- Bei einem vollstationären Aufenthalt aufgrund psychotherapeutischer Behandlung wird das versicherte Krankenhaustagegeld für maximal 30 Tage je Kalenderjahr gezahlt.
- Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den amtlich zugelassenen Krankenhäusern.

2.20.4 Nachweise

- Als Nachweis ist eine Bescheinigung über vollstationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Unfalltag oder die Bezeichnung und den Beginn der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält.
- Der Nachweis ist innerhalb eines Monats nach Beendigung der vollstationären Behandlung zu führen, bei längerem Aufenthalt können in monatlichen Abständen Zwischennachweise vorgelegt und entsprechende Abrechnung verlangt werden.
- Solange durch ein Verschulden Ihrerseits die geforderten Nachweise nicht oder nicht vollständig vorliegen, sind wir nicht zur Zahlung verpflichtet.

2.20.5 Beitragsanpassung

2.20.5.1

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

2.20.5.2

Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 2.20.5.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird mit Wirkung ab der nächsten Versicherungsperiode angepasst.

2.20.5.3

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.
Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.20.5.4

Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.20.5.1 unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.21 Krankenhaustagegeld (Modell 2)

2.21.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.21.1.1

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

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

2.21.1.2

Der Versicherungsfall beginnt mit der vollstationären Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die stationäre Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge

ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

2.21.1.3

Jede vollstationäre Heilbehandlung ist uns innerhalb eines Monats nach ihrem Beginn anzuzeigen.

2.21.1.4

Keine Leistungspflicht besteht

- für die bei Antragstellung bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten und Folgen, auch wenn sie nicht behandelt wurden, sowie für die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelten Krankheiten einschließlich ihrer Folgen;
- für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, Aufenthalte in Erholungsheimen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (elftes Buch) oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses für schwebende Versicherungsfälle.

2.21.2 Wartezeiten

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf folgender Wartezeiten:

- Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Sie entfällt bei Unfällen.
- Die besonderen Wartezeiten betragen bei vollstationären Behandlungen wegen Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate vom Versicherungsbeginn an gerechnet.
- Bei Erhöhungen des Krankenhaustagegeldes während der Vertragslaufzeit gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an. Für Erhöhungen des Krankenhaustagegeldes im Rahmen der vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag gelten keine Wartezeiten.

2.21.3 Art und Dauer der Leistung

- Das versicherte Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen ohne Kostennachweis und für längstens zwei Jahre je Versicherungsfall gezahlt. Dabei werden Aufnahme- und Entlassungstag je als ein voller Tag gewertet.
- Bei einem vollstationären Aufenthalt aufgrund psychotherapeutischer Behandlung wird das versicherte Krankenhaustagegeld für maximal 30 Tage je Kalenderjahr gezahlt.
- Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den amtlich zugelassenen Krankenhäusern.

2.21.4 Nachweise

- Als Nachweis ist eine Bescheinigung über vollstationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Unfalltag oder die Bezeichnung und den Beginn der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält.
- Der Nachweis ist innerhalb eines Monats nach Beendigung der vollstationären Behandlung zu führen, bei längerem Aufenthalt können in monatlichen Abständen Zwischennachweise vorgelegt und entsprechende Abrechnung verlangt werden.
- Solange durch ein Verschulden Ihrerseits die geforderten Nachweise nicht oder nicht vollständig vorliegen, sind wir nicht zur Zahlung verpflichtet.

2.21.5 Beitragsanpassung

2.21.5.1

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

2.21.5.2

Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 2.21.5.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird mit Wirkung ab der nächsten Versicherungsperiode angepasst.

2.21.5.3

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.
Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.21.5.4

Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.21.5.1 unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.21.6 Ende des Versicherungsschutzes

Diese Leistungsart entfällt zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet hat. Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur

Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.22 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung

2.22.1 Voraussetzung für die Leistung

2.22.1.1

Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei folgenden schweren Erkrankungen, unabhängig, ob diese auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen sind. Leistungsvoraussetzung ist, dass eine der folgenden schweren Erkrankungen während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach ärztlicher Feststellung zum Tod geführt hat.

2.22.1.1.1 Herzinfarkt

Die versicherte Person erleidet eine bleibende Schädigung oder Untergang eines Teils des durch die Koronararterien versorgten Herzmuskelgewebes infolge eines ischämischen Ereignisses. Die Diagnose stützt sich auf das Vorliegen aller folgenden Nachweise:

- Charakterische (plötzlich einsetzende, starke) Brustschmerzen in der Vorgeschichte,
- neu eintretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen (z. B. ST-Hebung),
- eindeutige Erhöhung von herzinfarktspezifischen Enzymen (z. B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I bzw. T.

Ein Herzinfarkt, der zwar mit Troponin I- oder T-Erhöhung, aber ohne ST-Hebung abläuft, ist nicht gedeckt (NSTEMI). Ebenso wenig sind andere akute Koronarsyndrome gedeckt.

2.22.1.1.2 Schlaganfall

Zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall), der zu neurologischen Ausfallerscheinungen führt, die über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden, traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologisches Defizit sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

2.22.1.1.3 Nierenversagen

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt.

2.22.1.1.4 Erblindung

Das Sehvermögen beider Augen beträgt dauerhaft weniger als zwei Prozent der Norm-Sehkraft.

2.22.1.2 Nachweis

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

Bei Schlaganfall muss die Diagnose durch klinische Symptome sowie durch eine Computer- oder Kernspintomographie des Kopfes gesichert werden (fachärztlich). Ebenso muss fachärztlich gesichert werden, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen mindestens über einen Zeitraum von drei Monaten angehalten haben. Im Falle der Erblindung ist eine augenärztliche Bescheinigung gemäß den Richtlinien der Deutschen Augenärztlichen Gesellschaft erforderlich.

2.22.1.3 Wartezeit

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

2.22.2 Art und Höhe der Leistung

2.22.2.1

Wurde die schwere Erkrankung krankheitsbedingt verursacht, erbringen wir die Versicherungsleistung in Form einer Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

- ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres bis zu dessen Ablauf: 20 %,
- im zweiten Versicherungsjahr: 40 %,
- im dritten Versicherungsjahr: 60 %,
- im vierten Versicherungsjahr: 80 %,
- ab dem fünften Versicherungsjahr: 100 %

der vereinbarten Versicherungssumme. Die Begrenzungen der Staffelung entfallen bei ausschließlich unfallbedingter Ursache.

2.22.2.2

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

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

2.22.2.3

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

2.22.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet

- nach Auszahlung der Einmalleistung,
- bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

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

2.22.4 Beitragsanpassung

2.22.4.1

Wir können jährlich zum 1. Juli ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Versicherungsleistungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Versicherungsleistungen gel-

ten dabei auch die speziell durch den einzelnen Versicherungsfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Der Durchschnitt der Versicherungsleistungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr erbrachten Versicherungsleistungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Versicherungsfälle.

2.22.4.2

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

2.22.4.3

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.22.4.4

Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.22.4.1 unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.23 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung (Modell 2)

2.23.1 Voraussetzung für die Leistung

2.23.1.1

Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei folgenden schweren Erkrankungen, unabhängig, ob diese auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen sind. Leistungsvoraussetzung ist, dass eine der folgenden schweren Erkrankungen während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach ärztlicher Feststellung zum Tod geführt hat. Für die Mitversicherung der Krebserkrankungen gemäß Ziffer 2.23.1.1.5 und 2.23.1.1.6 ist zudem Voraussetzung, dass bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch überhaupt keine Krebserkrankung (bösartig) ärztlich festgestellt wurde.

2.23.1.1.1 Herzinfarkt

Die versicherte Person erleidet eine bleibende Schädigung oder Untergang eines Teils des durch die Koronararterien versorgten Herzmuskelgewebes infolge eines ischämischen Ereignisses. Die Diagnose stützt sich auf das Vorliegen aller folgenden Nachweise:

- Charakterische (plötzlich einsetzende, starke) Brustschmerzen in der Vorgeschichte,
- neu eintretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen (z. B. ST-Hebung),
- eindeutige Erhöhung von herzinfarktspezifischen Enzymen (z. B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I bzw. T.

Ein Herzinfarkt, der zwar mit Troponin I- oder T-Erhöhung, aber ohne ST-Hebung abläuft, ist nicht gedeckt (NSTEMI). Ebenso wenig sind andere akute Koronarsyndrome gedeckt.

2.23.1.1.2 Schlaganfall

Zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall), der zu neurologischen Ausfallerscheinungen führt, die über einen Zeitraum von mindestens drei Monate anhalten. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden, traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologisches Defizit sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

2.23.1.1.3 Nierenversagen

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt.

2.23.1.1.4 Erblindung

Das Sehvermögen beider Augen beträgt dauerhaft weniger als 2 Prozent der Norm-Sehkraft.

2.23.1.1.5 Frauenspezifische Krebserkrankungen (bösartig)

- Brustkrebs (Mammakarzinom)
- Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)
- Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

2.23.1.1.6 Männerspezifische Krebserkrankungen (bösartig)

- Prostatakrebs (Prostatakarzinom)
- Hodenkrebs (Hodenkarzinom)

2.23.1.2 Nachweis

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

Bei Schlaganfall muss die Diagnose durch klinische Symptome sowie durch eine Computer- oder Kernspintomographie des Kopfes gesichert werden (fachärztlich). Ebenso muss fachärztlich gesichert werden, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen mindestens über einen Zeitraum von drei Monaten angehalten haben.
Im Falle der Erblindung ist eine augenärztliche Bescheinigung gemäß den Richtlinien der Deutschen Augenärztlichen Gesellschaft erforderlich.

2.23.1.3 Wartezeit

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

2.23.2 Art und Höhe der Leistung

2.23.2.1

Wurde die schwere Erkrankung krankheitsbedingt verursacht, erbringen wir die Versicherungsleistung in Form einer Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

- ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres bis zu dessen Ablauf: 20 %,
- im zweiten Versicherungsjahr: 40 %,
- im dritten Versicherungsjahr: 60 %,
- im vierten Versicherungsjahr: 80 %,
- ab dem fünften Versicherungsjahr: 100 %

der vereinbarten Versicherungssumme. Die Begrenzungen der Staffelung entfallen bei ausschließlich unfallbedingter Ursachen.

2.23.2.2

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

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

2.23.2.3

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

2.23.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

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

2.23.4 Beitragsanpassung

2.23.4.1

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

2.23.4.2

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

2.23.4.3

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.23.4.4

Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.23.4.1 unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.24 Einmalzahlung bei bestimmten Krebserkrankungen (Modell 4)

2.24.1 Voraussetzung für die Leistung

2.24.1.1

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

2.24.1.2 Nachweis

Die Krebserkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen ärztlich nachgewiesen werden.

2.24.1.3 Wartezeit

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

2.24.2 Art und Höhe der Leistung

2.24.2.1

Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

- ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres bis zu dessen Ablauf: 20 %,
- im zweiten Versicherungsjahr: 40 %,
- im dritten Versicherungsjahr: 60 %,
- im vierten Versicherungsjahr: 80 %,
- ab dem fünften Versicherungsjahr: 100 %

der vereinbarten Versicherungssumme.

2.24.2.2

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

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

2.24.2.3

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

2.24.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

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

2.24.4 Beitragsanpassung

2.24.4.1

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

2.24.4.2

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

2.24.4.3

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin.
Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung in Textform (z. B. E- Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.24.4.4

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

2.25 Einmalzahlung bei bestimmten Organschäden

2.25.1 Voraussetzung für die Leistung

2.25.1.1

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

2.25.1.1.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

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

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

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

2.25.1.1.2 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

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

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

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

2.25.1.1.3 Nierenerkrankungen

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

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

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

2.25.1.1.4 Lungenerkrankungen

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

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

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

2.25.1.1.5 Lebererkrankungen

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

Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51 umol/l)
- Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40 Prozent.

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

2.25.1.2 Nachweis

Die Organerkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen ärztlich nachgewiesen werden.

2.25.1.3 Wartezeit

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

2.25.2 Art und Höhe der Leistung

2.25.2.1

Wurde die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit krankheitsbedingt verursacht, erbringen wir die Versicherungsleistung in Form einer Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

- ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres bis zu dessen Ablauf: 20 %,
- im zweiten Versicherungsjahr: 40 %,
- im dritten Versicherungsjahr: 60 %,
- im vierten Versicherungsjahr: 80 %,
- ab dem fünften Versicherungsjahr: 100 %

der vereinbarten Versicherungssumme. Die Begrenzungen der Staffelung entfallen bei ausschließlich unfallbedingter Ursache.

2.25.2.2

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

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

2.25.2.3

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

2.25.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

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

2.25.4 Beitragsanpassung

2.25.4.1

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

2.25.4.2

Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag für diese Leistungsart um den sich aus Ziffer 2.25.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern

(Beitragsanpassung). Der veränderte Beitrag wird zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst.

2.25.4.3

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin.
Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung in Textform (z. B. E- Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.25.4.4

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

2.26 KrebshilfePlus

2.26.1 Leistungsvoraussetzungen

2.26.1.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Versicherungsschutz besteht nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn, wenn bei der versicherten Person eine bösartige Krebserkrankung während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch überhaupt keine Krebserkrankung (bösartig) ärztlich festgestellt wurde.

2.26.1.2 Telefonische Beratung infolge einer bösartigen Krebserkrankung

Die versicherte Person bzw. deren Angehörige/Betreuer haben Anspruch auf telefonische Beratung nach Ziffer 2.26.4.

2.26.1.3 Hilfebedürftigkeit infolge einer bösartigen Krebserkrankung

Ist die versicherte Person durch eine bösartige Krebserkrankung in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und benötigt deshalb zu Hause Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfebedürftigkeit) oder die Familie benötigt wegen bzw. für die erforderliche Versorgung eines versicherten Kindes im Haushalt Hilfe, erbringen wir die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.26.5.

2.26.1.4 Hilfe bei Tod infolge einer bösartigen Krebserkrankung

Stirbt die versicherte Person infolge einer bösartigen Krebserkrankung innerhalb eines Jahres ab dem Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung, haben die Familienmitglieder Anspruch auf Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege) nach Ziffer 2.26.5.3 und psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.26.7.

2.26.1.5

Die telefonische Beratung und die Hilfeleistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister ausschließlich in Deutschland erbracht.

2.26.2 Wer gilt als Familienmitglied?

Als Familienmitglied der versicherten Person gilt der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie ihre im selben Haushalt lebenden Kinder. Bei einem versicherten Kind gelten als Familienmitglieder die im Haushalt lebenden Eltern und Geschwister.

2.26.3 Bedarfsermittlung, Umfang und Dauer der Leistungen

2.26.3.1 Bedarfsermittlung, Erstgespräch

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

2.26.3.2

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

2.26.3.3

Wird uns die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen, ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung. Sollte sich im Rahmen der Leistungsprüfung herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellen wir die Hilfeleistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen tragen wir.

2.26.4 Telefonische Beratungsleistungen, die vom Tag der ärztlichen Feststellung einer bösartigen Krebserkrankung an, für bis zu sechs Monate erbracht werden:

2.26.4.1 Beratung zu Leistungen gesetzlichen Krankenversicherung oder Pflegepflichtversicherung

Stehen der versicherten Person Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder Pflegepflichtversicherung zu, wird sie bzw. deren Angehörige/Betreuer über die in Frage kommenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten. Hierunter fällt auch eine Beratung zur Einordnung in einen Pflegegrad bzw. einem damit verbundenen Widerspruchsverfahren.

2.26.4.2 Beratung zu Anerkennung einer Schwerbehinderung (SB-Ausweis)

Die versicherte Person bzw. deren Angehörige/Betreuer wird zur Anerkennung einer Schwerbehinderung (SB-Ausweis) beraten.

2.26.4.3 Beratung zur Wundversorgung nach einer Krankenhausentlassung

Die versicherte Person bzw. deren Angehörige/Betreuer wird nach einer Krankenhausentlassung zur Wundversorgung beraten.

2.26.4.4 Benennung von Selbsthilfeorganisationen, Hospizplätzen, Einrichtungen für betreutes Wohnen, Wund- oder Ergotherapeuten, Ärzten, Fachärzten

Der versicherten Person bzw. deren Angehörige/Betreuer werden Selbsthilfeorganisationen, Hospizplätze, Einrichtungen für betreutes Wohnen, Wund- oder Ergotherapeuten, Ärzte und Fachärzten benannt.

2.26.4.5 Vermittlung einer ärztlichen Zweitmeinung

Wird aufgrund der bösartigen Krebserkrankung der versicherten Person eine ärztliche Zweitmeinung erforderlich, wird diese vermittelt.

2.26.4.6 Vermittlung von Krankentransporten zu Ärzten, Krankenhäusern oder Hospizen

Wird aufgrund der bösartigen Krebserkrankung der versicherten Person Krankentransporte zu Ärzten, Krankenhäusern oder Hospizen erforderlich, werden diese vermittelt.

2.26.4.7 Vermittlung einer psychologischen Betreuung

Wird aufgrund der bösartigen Krebserkrankung der versicherten Person eine psychologische Betreuung der versicherten Person erforderlich, wird diese vermittelt.

2.26.5 Hilfeleistungen

2.26.5.1 Hilfeleistungen, die vom Tag der ärztlichen Feststellung einer bösartigen Krebserkrankung an, für bis zu sechs Monate erbracht werden:

2.26.5.1.1 Menüservice

Die versicherte Person und ihre Familienmitglieder erhalten je nach organisatorischer Machbarkeit pro Person einmal in der Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit.

Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot des Dienstleisters ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

Alternativ erstattet der Dienstleister die Kosten von selbst gekauften Speisen gegen Vorlage der jeweiligen Belege maximal bis zu 8 Euro täglich pro Person und Mahlzeit.

2.26.5.1.2 Einkäufe und Besorgungen

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

2.26.5.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Ist der Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich, wird sie dorthin gebracht und wieder abgeholt - gegebenenfalls mit einer Begleitperson aus der Familie - und wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet, bis zu zweimal pro Woche, in einem Umkreis von 25 Kilometern von deren Wohnort.

2.26.5.1.4 Reinigung der Wohnung

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

2.26.5.1.5 Wäsche und Kleidung

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

2.26.5.2 Hilfeleistungen, die vom Tag der ärztlichen Feststellung einer bösartigen Krebserkrankung an einmalig erbracht werden:

2.26.5.2.1 Pflegeschulung für Angehörige

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

2.26.5.2.2 Tag- und Nachtwache

Kehrt die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten Operation wegen einer bösartigen Krebserkrankung nach Hause zurück und muss aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache.

Diese Leistung wird für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

2.26.5.2.3 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

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

2.26.5.2.4 Vermittlung einer Haustierbetreuung

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

2.26.5.2.5 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

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

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

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

2.26.5.3 Hilfeleistungen, die vom Tag der ärztlichen Feststellung einer bösartigen Krebserkrankung an für bis zu vier Wochen erbracht werden:

2.26.5.3.1 Grundpflege

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

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

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

2.26.5.3.2 Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege)

Für das versicherte Kind und seine minderjährigen Geschwister oder, sofern im Haushalt der versicherten Person Kinder leben, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen, können Sie an Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Einkäufe und Besorgungen, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Tag- und Nachtwache, Grundpflege sowie Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder eine Familienbetreuung für bis zu 8 Stunden täglich in Anspruch nehmen. Die Leistungen werden zwischen 6 Uhr und 22 Uhr erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder und seiner minderjährigen Geschwister niemand zur Verfügung steht.

Die Betreuung

– umfasst die Kinderbetreuung einschließlich der

Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung in der Grundschule, Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Begleitung zu Kindergarten/Schule, Hilfe beim An- und Auskleiden und die Unterstützung der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).

– sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche (waschen, trocknen, bügeln, sortieren), Schuhpflege, Einkauf und die Wohnungsreinigung im üblichen Umfang.

2.26.6 Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder

Ist die versicherte Person durch den Versicherungsfall ganz oder teilweise außerstande, die Betreuung des von ihr bereits in häuslicher Pflege betreuten Familienmitglieds mit anerkannter Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches (elftes Buch) fortzuführen, werden die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.26.5 auch für diese Person erbracht, sofern sie benötigt werden.

2.26.7 Psychosoziale Betreuung

Stirbt die versicherte Person infolge der bösartigen Krebserkrankung innerhalb eines Jahres ab dem Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung, erhalten die Familienmitglieder psychosoziale Betreuung für bis zu 3 Stunden in der Woche, maximal für vier Wochen, gerechnet ab dem krankheitsbedingten Sterbetag.

2.26.8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

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

2.26.9 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

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

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

Vorsorge-Unfallversicherung:

2.27 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Partner

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

2.27.1 Einbezogene Personen, Dauer des Versicherungsschutzes

2.27.1.1

Für die nachstehend genannten Personen gewähren wir den zeitlich begrenzten Versicherungsschutz wie folgt:

- Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner der versicherten Person für drei Monate ab der Eheschließung oder Eintragung der Lebenspartnerschaft;
- neugeborene leibliche Kinder oder adoptierte Kinder der versicherten Person für sechs Monate nach Vollendung der Geburt oder der Rechtswirksamkeit der Adoption;
- neugeborene oder adoptierte Geschwister der minderjährigen versicherten Person für sechs Monate nach Vollendung der Geburt oder der Rechtswirksamkeit der Adoption.

2.27.1.2

Dieser Versicherungsschutz verlängert sich

- um weitere drei Monate, wenn Sie die Eheschließung oder Eintragung der Lebenspartnerschaft während der ersten drei Monate
- um weitere sechs Monate, wenn Sie die Geburt oder Adoption während der ersten sechs Monate

bei uns anzeigen.

2.27.2 Höhe der Leistung

Es gelten folgende Versicherungssummen:

Leistung bei Vollinvalidität (unfallbedingter Invaliditätsgrad von 100%)	100.000 €
Invaliditäts-Grundsumme	100.000 €
Unfalltod (Todesfallleistung)	3.000 €
Kosten für kosmetische Operationen	5.000 €
Erweiterte Übergangsleistung	1.500 €
Sofortleistung für Schwerverletzte	1.500 €
Bergungs- und Rettungskosten	100.000 €
Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld	15 €

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

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

2.28 Beitragsfreie Versicherung für eine Haushaltshilfe und für eine Kinderbetreuung

Sofern nicht ein anderer Kostenträger eintritt, erstatten wir nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe und eine Kinderbetreuung, wenn die versicherte Person

- wegen eines Unfalls, der unter diesen Vertrag fällt, verstorben ist oder sich in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet

und

- ihren Versorgungs- und Betreuungspflichten für im Haushalt lebende Kinder bis einschließlich 14 Jahren nicht nachkommen kann.

Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 100 Euro pro Tag, längstens jedoch für 30 Tage.

Bestehen bei uns für die versicherte Person mehrere beitragsfreie Versicherungen für eine Haushaltshilfe und für eine Kinderbetreuung, erbringen wir eine Leistung nur aus einem dieser Verträge.

2.29 Bergungs- und Rettungskosten

2.29.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.29.1.1

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

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

entstanden.

2.29.1.2

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

- den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden angemessenen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person,
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz,
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland bis zu 5.000 Euro oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.29.1.3

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

2.29.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten in voller Höhe.

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

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

2.30.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

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

2.30.2 Art und Höhe der Leistung

2.30.2.1

Wir erstatten nachgewiesene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten an natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz (z.B. Brücken, Implantaten, Kronen oder Inlays) versehenen Zähnen (inklusive der erforderlichen Laborkosten),

in voller Höhe.

Ausgeschlossen ist herausnehmbarer Zahnersatz, wie z.B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen.

2.30.2.2

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

2.31 Innovationsgarantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ausschließlich zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Versicherungsbedingungen ab dem Zeitpunkt der Einführung auch für diesen Vertrag.

2.32 Abweichungen gegenüber den GDV-Musterbedingungen

Weichen die diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen zum Zeitpunkt des Unfalls zu Ihrem Nachteil von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Musterbedingungen für die Unfallversicherung ab, werden wir auf Ihren Wunsch nach den zum Zeitpunkt des Unfalls geltenden Musterbedingungen für die Unfallversicherung des GDV regulieren.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1

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

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

3.2.2

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

3.2.3

Hat die versicherte Person am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, nehmen wir unabhängig von einem Mitwirkungsanteil keine Minderung vor.

3.2.4

Hat die versicherte Person am Unfalltag das 67. Lebensjahr vollendet, nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 35 Prozent beträgt.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen

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

4.2 Erlöschen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese nicht mehr versicherbare Person die Versicherung.

4.3 Rückzahlung der Beiträge

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

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1

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

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

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

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

Ausnahme:
Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde
- durch ein Unfallereignis verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,
- durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht,
- infolge Trunkenheit verursacht. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen gilt dies jedoch nur, wenn die Alkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,3 Promille nicht überschritten hat,
- infolge von Übermüdung oder Einschlafen infolge Übermüdung verursacht,
- durch Erschrecken verursacht,
- durch die Einnahme von Medikamenten verursacht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

5.1.2

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

5.1.3

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

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

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4

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

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

5.1.5

Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.
Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

Ausnahme:
Fahrten mit (Go-)Karts, die von einem Kartcenter auf In- oder Outdoorkartbahnen zur Verfügung gestellt werden, sind mitversichert, falls die Fahrten
- reinen Freizeitcharakter aufweisen und
- die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert werden, einer Kartserie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

In diesem Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.1.6

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1

Schäden an Bandscheiben.

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

5.2.2

Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.3

Gesundheitsschäden durch Strahlen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten, wie z. B. Röntgen-, Laser- oder Maserapparaten, eintreten (Berufskrankheiten).

5.2.4

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

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2.5

Infektionen, die nicht nach Ziffer 1.4.13 versichert sind.

5.2.6

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

Ausnahme:
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Nahrungsmittelvergiftungen
- Schlucken, Kauen und/ oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen gemäß Ziffer 1.4.11.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.7

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

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

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

5.2.8

Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:
- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung - bei einem Kindertarif - bei Vollendung des 51., des 67. und des 80. Lebensjahres beachten?

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

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

6.1.1 Mitteilung der Änderung

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

6.1.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

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

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

6.1.3 Versehensklausel

Unterbleibt die Anzeige über die Aufnahme oder Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholt. Die Beitragsberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

6.1.4 Nicht versicherbare Berufstätigkeiten / Beschäftigungen

Ist eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht versicherbar, endet der Vertrag - auch unabhängig von einer Nachholung der Anzeige nach Ziffer 6.1.3 - rückwirkend mit Beendigung des bisherigen Berufs bzw. der bisherigen Beschäftigung. Nicht versicherbar sind Berufstätigkeiten oder Beschäftigungen, die im Berufsgruppenverzeichnis als nicht versicherbar aufgeführt sind. Das Berufsgruppenverzeichnis ist diesen Versicherungsbedingungen beigefügt. Die Beiträge, die ab Ausübung einer nicht versicherten Berufstätigkeit / Beschäftigung für eine versicherte Person entrichtet wurden, zahlen wir zurück.

6.2 Umstellung des Kindertarifs

6.2.1

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

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

6.2.2

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

6. 3 Umstellung des Erwachsenentarifs in den Tarif für Personen ab 51 Jahre nach Vollendung des 51. Lebensjahres

6.3.1
Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 51. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den dann gültigen Tarif für Personen ab 51 Jahre um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. Sind Leistungsarten oder Leistungserweiterungen mitversichert, die der dann gültige Tarif für Personen ab 51 Jahre nicht mehr vorsieht und die keine anderslautende Regelung enthalten, verwenden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung, sofern Sie nicht etwas anderes bestimmen,

oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Tarif für Personen ab 51 Jahre nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.3.2

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

6.4 Umstellung des Tarifs für Personen ab 51 Jahre in den Seniorentarif nach Vollendung des 67. Lebensjahres

6.4.1

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

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

oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Tarif für Senioren nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.4.2

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

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

6.5.1
Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den dann gültigen Tarif für Personen ab 80 Jahre um. Die Umstellung erfolgt frühestens zu Beginn des vierten Versicherungsjahres.

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

oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Tarif für Personen ab 80 Jahre nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.5.2
Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.

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

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

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

7.3
Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.
Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

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

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

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

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

Weisen Sie nach,
- dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde,
- oder die Obliegenheit versehentlich verletzt und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde,

bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versiche-

rungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente beträgt die Frist drei Monate.
Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist,
- bei krankheitsbedingen Leistungen der Nachweis über die Krankheitsursache und Krankheitsfolgen.

Bitte beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.
Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen durch unsere Veranlassung zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sofern die ärztlichen Gebühren nicht durch unsere Veranlassung resultieren, übernehmen wir diese bis zu 100 Euro pro Versicherungsfall. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, erneut ärztlich bemessen zu lassen.
Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu fünf Jahren und uns längstens bis zu zwei Jahren nach dem Unfall zu.

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

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

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

Ist für eine Leistungsart eine Wartezeit vereinbart, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

11.3.3 Zahlungsfrist

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

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

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.6.1

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

11.6.2

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) stellen.

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

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

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

13.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

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

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung

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

14.2 Aussetzung der Verjährung

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

15 Welches Gericht ist zuständig?

Sie haben die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

15.1

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

15.2

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

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

16.1

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

16.2

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

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

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Beitragsanleichung bei veränderten Versicherungsleistungen

18.1

Nach anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik können wir jährlich prüfen, ob und in welcher Höhe die Versicherungsleistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen abweichen.

Bei Ermittlung der Versicherungsleistungen können wir Verträge zusammenfassen, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen.

18.2

Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag um den sich aus Ziffer 18.1 ergebenden Änderungsprozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsangleichung). Der veränderte Beitrag wird zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst.

18.3

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsangleichung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin.

Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

18.4

Liegt die Veränderung nach Ziffer 18.1 unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung kann bei der nächsten Ermittlung berücksichtigt werden.

19 Welche besonderen Kosten stellen wir Ihnen zusätzlich in Rechnung?

19.1

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

19.2
Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Höhe der Gebühr ist zulässig, wenn ihre Höhe angemessen ist. Sie können von uns verlangen, dass wir Ihnen die Angemessenheit der Höhe der Gebühr nachweisen.

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

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

Gebührenbestimmungen

(Stand Juli 2023)

Welche Gebühren werden bei besonderen Bemühungen fällig?

Wir können nach Ziffer 19, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, pauschale Abgeltungsbeträge in nachfolgender Höhe erheben und deren Zahlung verlangen:

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

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

20 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

20.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

20.1.1 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
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.

20.1.2 Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Telefon: 0800 2100500
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

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

20.1.3 Unser Beschwerdemanagement

Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstr. 120
70197 Stuttgart
E-Mail: info@stuttgarter.de

Anhang zu den Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2026)

Berufsgruppenverzeichnis

Wie in Ziffer 6.1 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) geregelt, hängt die Höhe des Beitrags sowie die Versicherbarkeit des Risikos maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab, unabhängig davon, ob die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung in diesem Berufsgruppenverzeichnis konkret benannt ist oder nicht.

a) Versicherbare Berufstätigkeiten / Beschäftigungen

Hinsichtlich der Berufstätigkeit bzw. der Beschäftigung sind für die Tarifeinteilung folgende Gefahrengruppen zu unterscheiden:

Gefahrengruppe A:

Personen mit kaufmännischer und verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen ohne einen erworbenen Hochschulabschluss (als Hochschulabschlüsse gelten z. B. die akademischen Grade Bachelor, Master, Bakkalaureus, Baccalaureus, Magister, Diplom, Diplom (FH), Diplom (DH) und Doktor sowie Examen durch kirchliche oder staatliche Prüfung)

Hierzu zählen beispielsweise auch:

Analyst/in
Controller/in
Designer/in
Handelsvertreter/in
Hausfrauen/-männer
Personen, die keine berufliche Tätigkeit / Beschäftigung ausüben
Reiseleiter/in
Schriftsteller/in
Schüler/in
Student/in
Werbegestalter/in

Gefahrengruppe H:

Personen mit kaufmännischer und verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen mit einem erworbenen Hochschulabschluss (als Hochschulabschlüsse gelten z. B. die akademischen Grade Bachelor, Master, Bakkalaureus, Baccalaureus, Magister, Diplom, Diplom (FH), Diplom (DH) und Doktor sowie Examen durch kirchliche oder staatliche Prüfung)

Hierzu zählen beispielsweise auch:

Informatiker/in
Linguist/in
Mathematiker/in
Pfarrer/in
Philosoph/in
Professor/in
Soziologe/Soziologin
Wirtschaftswissenschaftler/in

Gefahrengruppe B:

Personen mit körperlicher und handwerklicher Tätigkeit, wenn auch nur gelegentlich (ohne Hoch-, Tief-, Ausbauer, Dachdecker oder Zimmerer)

Hierzu zählen beispielsweise auch:

Bäcker/in
Elektriker/in
Gastronom/in
Hausmeister/in
Keramiker/in
Maler/in
Mechaniker/in
Metallverarbeiter/in
Schneider/in
Tierärzte, Veterinäre

Gefahrengruppe C:

Personen mit körperlicher und handwerklicher Tätigkeit als Hoch-, Tief-, Ausbauer, Dachdecker oder Zimmerer, wenn auch nur gelegentlich

Hierzu zählen beispielsweise auch:

Baugeräteführer/in
Beton- und Stahlbetonbauer/in
Dachdecker/in
Gerüstbauer/in
Gleisbauer/in
Kanalbauer/in
Maurer/in
Straßenbauer/in
Stuckateur/in
Trockenbauer/in
Zimmerer/in

b) Nicht versicherbare Berufstätigkeiten / Beschäftigungen

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

– Abrissarbeiter/-helfer/in
– Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler/in
– Bergführer/in
– Bergleute, Mineure
– Bergsteiger/in
– Beruflich fliegendes Personal
– Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler/in sowie Amateure, die mit Sport den Großteil ihres Lebensunterhalts verdienen
– Berufstaucher/in (z. B. Bergungstaucher/in, Forschungstaucher/in)
– Besatzungen von Ölplattformen
– Beschäftigte im Zusammenhang mit Atomrisiken
– Dompteur/in
– Feuerwerker/Pyrotechniker/in
– Kopfschlächter/in
– Kriegsteilnehmer/in
– Lehrer/in für das Ski- und Snowboardfahren
– Mitglieder von Munitionssuch- und –räumtrupps (auch Minen)
– Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos (z.B. SEK, GSG)
– Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
– Radrennfahrer/in
– Rennfahrer/in
– Sprengpersonal
– Stuntmen/Stuntwomen
– Test-/Versuchs-/Werksfahrer/in
– Tierbändiger/in

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Modell 9)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik). Hiervon ausgenommen sind diejenigen Leistungsarten, die eine Anpassung nicht vorsehen.

1 Anpassung der Versicherungssummen

1.1
Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung angehoben wird, mindestens aber um 5 Prozent. Diese Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

1.2
Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:
- für die Invaliditätssumme und Todesfallsumme sowie bei Reha-Management auf volle Fünfhundert Euro,
- für die Einmalzahlung bei dauernder Pflegebedürftigkeit auf volle Einhundert Euro,
- für die Übergangsleistung, Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen, Kostenübernahme bei Rehabilitationsmaßnahmen sowie Soforthilfe bei Krebserkrankung auf volle Fünfzig Euro,
- für die Unfall-Rente, Leistung bei Oberschenkelhalsbruch sowie Sport*Aktiv* auf volle Fünf Euro,
- für Unfall-Tagegeld, Hilfetagegeld, Unfall-Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld, Krankenhaustagegeld sowie Schulausfallgeld auf volle 0,50 Euro.

1.3
Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, entfällt eine Erhöhung der Invaliditätssumme und der Unfall-Rente und somit auch des betreffenden Beitragsanteils.

1.4
Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

2 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

3 Verfahren

3.1
Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief).

Sie können der Erhöhung innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

3.2
Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) erfolgen.

4 Ende der Dynamik

Ergibt sich durch die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag eine der nachfolgend genannten Versicherungssummen, so wird bei der betreffenden Leistungsart keine weitere Erhöhung der Versicherungssumme und des Beitrages mehr vorgenommen:
- Invaliditäts-Grundsumme: 750.000 Euro
- Invaliditätsleistung bei Vollinvalidität: 1.500.000 Euro
- Monatliche Höchstleistung Unfall-Rente: 3.000 Euro
- Unfalltod (Todesfallleistung): 250.000 Euro.

Die Stuttgarter
Der Vorsorge-Versicherer

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades nach der XL-Gliedertaxe

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

Arm	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70%
Hand	70%
Daumen	30%
Zeigefinger	20%
anderer Finger	12%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis unterhalb des Knies	60%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55%
Fuß	50%
große Zehe	10%
andere Zehe	5%
Auge	50%
Milz	10%
eine Niere	20%
beide Nieren	100%
ein Lungenflügel	50%
Gehör auf einem Ohr	40%
Gehör auf beiden Ohren	80%
Stimme	100%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	10%

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

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

Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (75%)

Abweichend von Ziffer 3.2.2 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) nehmen wir keine Minderung vor, wenn der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen weniger als 75 Prozent beträgt.

Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, endet diese Vereinbarung automatisch. Ab diesem Zeitpunkt gilt Ziffer 3.2.2 in Verbindung mit Ziffer 3.2.4 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB).