

Inhalt

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für PrivatUnfall Aktiv (AUB-Aktiv 2016)

Abschnitt A	Komfort-Schutz	Stand 08.2018
Abschnitt B	Premium-Schutz	Stand 08.2018

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.

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für PrivatUnfall Aktiv (AUB-Aktiv 2016)

Abschnitt A Komfort-Schutz Stand 01.2018

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?**
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfallrente
 - 2.3 Kapitalabfindungsoption
 - 2.4 Unfall-Pflegerente
 - 2.5 Sofortleistungen
 - 2.6 Kosten für kosmetische Operationen
 - 2.7 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
 - 2.8 Hilfsleistungen nach einem Unfall
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?**
 - 3.1 Krankheiten und Gebrechen
 - 3.2 Mitwirkung
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 5 Was ist nicht versichert?**
 - 5.1 Ausgeschlossene Unfälle
 - 5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Der Leistungsfall

- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
- 8 Wann sind die Leistungen fällig?**
 - 8.1 Erklärung über die Leistungspflicht
 - 8.2 Fälligkeit der Leistung
 - 8.3 Vorschüsse
 - 8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Vertragsdauer

- 9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
 - 9.1 Beginn des Versicherungsschutzes
 - 9.2 Dauer und Ende des Vertrags
 - 9.3 Kündigung nach Versicherungsfall
 - 9.4 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag

- 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
 - 10.1 Beitrag und Versicherungsteuer
 - 10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
 - 10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
 - 10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
 - 10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - 10.6 Allgemeine Beitragsanpassung
 - 10.7 Beitragsanpassung der Hilfsleistungen durch einen Dienstleister

Weitere Bestimmungen

- 11 Dynamische Anpassung von Leistungen und Beitrag – sofern vereinbart**
- 11.1 Wie werden Leistungen und Beitrag angepasst (Dynamik)?
 - 11.2 Umfang der Erhöhung
 - 11.3 Rundung der Versicherungssumme
 - 11.4 Geltung der erhöhten Versicherungssummen
 - 11.5 Erhöhung des Beitrags
 - 11.6 Mitteilung über Erhöhung, Widerspruch
 - 11.7 Widerruf der Dynamik
 - 11.8 Beendigung der Dynamik für die versicherte Person
- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 12.1 Fremdversicherung
 - 12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
 - 12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
- 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?**

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

Als Unfall gilt auch, wenn

sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

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

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

1.4.2 Eigenbewegungen

Als Unfall gilt auch durch Eigenbewegung verursachte

- Bauch- oder Unterleibsbrüche
- Verrenkung von Gelenken
- Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Bändern oder Kapseln
- sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

Diese Erweiterung gilt jedoch ausdrücklich nicht für Schädigungen der Bandscheiben, Sehnen oder Menisken.

1.4.3 Oberschenkelhalsbruch

Als Unfall gilt auch ein Oberschenkelhalsbruch – gleich aus welcher Ursache.

Ein Oberschenkelhalsbruch in diesem Sinne ist jede hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur.

1.4.4 Rettung von Menschenleben, Tieren und Sachen

Als Unfall gilt auch, wenn der Versicherte anlässlich der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder von Sachen eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4.5 Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden

Als Unfall gilt auch der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung

Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer sind im Rahmen der Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze (Ziffer 2.7) mitversichert.

1.4.6 Allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Staubwolken, Säuren oder Ähnliches

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

1.4.7 Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod

Als Unfall gilt auch, wenn der Tod der versicherten Person durch Ertrinken oder Ersticken eingetreten ist.

1.4.8 Erfrierungen

Erfrierungen, die als Folge eines Unfalls im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2016 auftreten, sind vom Versicherungsschutz erfasst.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) 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.

2.1 Invaliditätsleistung

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 3 Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

2.1.1.2 Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent

Eine Invaliditätsleistung zahlen wir nur dann, wenn der unfallbedingte Invaliditätsgrad mindestens 20 Prozent beträgt. Voraussetzung dabei ist, dass sich diese Invalidität ohne eine bereits vor dem Unfall bestehende Invalidität und ohne eine nach Ziffer 3.2 zu berücksichtigende Mitwirkung ergibt.

2.1.1.3 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

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

2.1.1.5 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent festgestellt, wird eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe der dreifachen vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2) geleistet.

Wird ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent festgestellt, erhöht sich die einmalige Kapitalzahlung auf die sechsfache vereinbarte Unfallrente (Ziffer 2.2).

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 8.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Arm	70 %	Auge	50 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	Gehör auf einem Ohr	30 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	Geruchssinn	10 %
Hand	55 %	Geschmackssinn	5 %
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 %		

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität und Mitwirkung

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

Der Abzug der Mitwirkung richtet sich nach Ziffer 3.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

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 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.

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

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

Der Anspruch entsteht mit der Erstbemessung, frühestens jedoch nach Abschluss des ersten Unfalljahres.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 8.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, muss uns der Tod unverzüglich mitgeteilt werden.

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

2.2.3.3 Folgende Regelung gilt bei Tod der versicherten Person nach Beginn der Rentenzahlung:

Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, aber vor Ablauf von 10 Jahren Rentenbezug und vor Vollendung des 85. Lebensjahres, zahlen wir die vereinbarte Unfall-Rente so lange weiter bis 10 Jahre Rentenbezug (vom 1. Bezugsmonat an gerechnet) erreicht sind, längstens jedoch bis zu dem Tag an dem die verstorbene versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet haben würde.

Die folgende Tabelle zeigt Ihnen die Dauer der Zahlungen bei Tod der versicherten Person auf:

Alter bei Tod der versicherten Person	Dauer Rentenbezug
Vor Vollendung des 75. Lebensjahres	120 Monate
Vor Vollendung des 76. Lebensjahres	108 Monate
Vor Vollendung des 77. Lebensjahres	96 Monate
Vor Vollendung des 78. Lebensjahres	84 Monate
Vor Vollendung des 79. Lebensjahres	72 Monate
Vor Vollendung des 80. Lebensjahres	60 Monate
Vor Vollendung des 81. Lebensjahres	48 Monate
Vor Vollendung des 82. Lebensjahres	36 Monate
Vor Vollendung des 83. Lebensjahres	24 Monate
Vor Vollendung des 84. Lebensjahres	12 Monate
Nach Vollendung des 85. Lebensjahres und älter	Keine Zahlungen mehr

2.3 Kapitalabfindungsoption

2.3.1

Es steht Ihnen ein Wahlrecht zu:

Anstelle der monatlichen Unfall-Rente kann eine einmalige Kapitalabfindung verlangt werden, wenn die versicherte Person am Unfalltag das 85. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Über die Kapitalabfindungsoption werden wir Sie informieren. Wenn Sie die Kapitalabfindungsoption nicht innerhalb eines Monats nach Zugang dieser Information verlangen, zahlen wir die vereinbarte monatliche Unfall-Rente. Eine Kapitalabfindung ist dann nicht mehr möglich.

2.3.2 Höhe der Kapitalabfindung:
Die Höhe der Kapitalabfindung entspricht der Anzahl der vereinbarten monatlichen Unfall-Renten ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat bis zum vollendeten 85. Lebensjahr, höchstens jedoch 120 vereinbarte monatliche Unfall-Renten.

Die folgende Tabelle zeigt Ihnen die Höhe der Kapitalabfindung:

Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalls	Höhe der einmaligen Kapitalabfindung
Vor Vollendung des 75. Lebensjahres	120 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 76. Lebensjahres	108 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 77. Lebensjahres	96 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 78. Lebensjahres	84 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 79. Lebensjahres	72 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 80. Lebensjahres	60 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 81. Lebensjahres	48 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 82. Lebensjahres	36 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 83. Lebensjahres	24 einfache Unfallrenten
Vor Vollendung des 84. Lebensjahres	12 einfache Unfallrenten
Nach Vollendung des 85. Lebensjahres und älter	Keine Abfindung mehr möglich

2.4 Unfall-Pflegerente

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistungen

2.4.1.1 Hat die versicherte Person Anspruch auf eine Rentenleistung gemäß Ziffer 2.2 aufgrund einer unfallbedingten Invalidität von mindestens 50 Prozent, so besteht Anspruch auf eine zusätzliche Pflegerente, wenn eine dauernde Schwerstpflegebedürftigkeit entsprechend dem nachstehendem Bewertungsmaßstab (Ziffer 2.4.1.3) eintritt – unabhängig, ob diese unfall- oder krankheitsbedingt ist.

2.4.1.2 Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Ziffer 2.4.1.3 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist von Ihnen anhand des Bewertungsmaßstabes gemäß Ziffer 2.4.1.3 ärztlich nachzuweisen.

2.4.1.3 Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit

Bewertungsmaßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

2.4.1.4 Die Pflegestufe, die Voraussetzung zur Zahlung der Unfall-Pflegerente ist, liegt vor, wenn bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit 6 Punkte erreicht werden.

2.4.1.5 Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

2.4.2.1 Wir zahlen die Unfall-Pflegerente monatlich in Höhe der einfachen vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2).

2.4.2.2 Kein Anspruch auf Unfall-Pflegerente besteht, wenn die versicherte Person von der Kapitalabfindungsoption nach Ziffer 2.3.1 Gebrauch gemacht hat und anstelle der monatlichen Unfall-Rente die einmalige Kapitalabfindung gewählt hat.

2.4.2.3 Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für das Bestehen der Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Zahlung der Pflegerente ab der nächsten Rentenfälligkeit.

2.4.2.4 Besteht nach Ziffer 2.2.3.3 Anspruch auf Rentenzahlung über den Todestag hinaus, so gilt dies nicht für die Unfall-Pflegerentenzahlung. Die Unfall-Pflegerentenzahlung endet mit dem Tod der versicherten Person.

2.5 Sofortleistungen

2.5.1 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch

2.5.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Bei einem Oberschenkelhalsbruch gemäß Ziffer 1.4.3 zahlen wir unabhängig vom voraussichtlichen Invaliditätsgrad eine Sofortleistung. Werden bei einem Unfallereignis beide Oberschenkelhälse gleichzeitig oder ein Oberschenkelhals mehrfach gebrochen, wird die Sofortleistung nur einmal gezahlt.

Ein Oberschenkelhalsbruch in diesem Sinne ist jede hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur. Eine Fraktur ist dabei eine Unterbrechung der Kontinuität eines Knochens unter Bildung zweier oder mehrerer Bruchstücke mit oder ohne Verschiebung.

2.5.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch in Höhe der einfachen vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2).

2.5.2 Sofortleistung bei Armbruch

2.5.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Bei einem Armbruch der versicherten Person zahlen wir unabhängig vom voraussichtlichen Invaliditätsgrad eine Sofortleistung. Werden bei einem Unfallereignis beide Arme gleichzeitig oder ein Arm mehrfach gebrochen, wird die Sofortleistung nur einmal gezahlt.

Ein Armbruch liegt vor, wenn der Oberarm (einschließlich Oberarmkopf), der Unterarm (Speiche und Elle) oder das Handgelenk (Handwurzelknochen) gebrochen ist. Eine Fraktur ist dabei eine Unterbrechung der Kontinuität eines Knochens unter Bildung zweier oder mehrerer Bruchstücke mit oder ohne Verschiebung.

2.5.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung bei Armbruch in Höhe der halben vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2).

2.5.3 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

2.5.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat auf Grund eines Unfalls eine der folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarkes,
- Amputation mindestens einer ganzen Hand oder einem ganzen Fuß,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/25

2.5.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung bei schweren Verletzungen in Höhe der einfachen vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2). Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 72 Stunden zum Tod führt.

2.6 Kosten für kosmetische Operationen

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören neben Schneide- und Eckzähnen auch die weiteren natürlichen Zähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall.

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

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

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können Kosten kosmetischer Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.7 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr zum ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Empfehlung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
- für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz

entstanden.

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

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

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8 Hilfsleistungen nach einem versicherten Unfallereignis

2.8.1 Was ist versichert?

2.8.1.1 Hilfsbedürftigkeit

Bei Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person erbringen wir als Versicherer unter den nachstehend beschriebenen Voraussetzungen Hilfsleistungen im genannten Umfang. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

2.8.1.2 Örtlicher Geltungsbereich

Unsere Leistungen erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, unabhängig davon, wo sich der Versicherungsfall ereignet hat.

2.8.2 Was sind die Voraussetzungen für unsere Hilfsleistungen?

2.8.2.1

Wir bieten Versicherungsschutz bei Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person. Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls körperlich oder geistig nicht in der Lage ist, die Tätigkeiten, die wir im Rahmen der versicherten Hilfsleistungen nach Ziffer 2.8.3 erbringen, in einem erforderlichen Umfang selbständig zu verrichten. Als Versicherungsfall in diesem Sinne gilt ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 und 1.4. und kein Ausschlussstatbestand nach Ziffer 5 vorliegt.

2.8.2.2

Die versicherte Person erhält aus den in Ziffer 2.8.3 aufgeführten Hilfsleistungen diejenigen, die ihrem individuellen Bedarf sowie Art und Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit entsprechen.

Dabei wird berücksichtigt, ob und inwieweit der Bedarf an Hilfsleistungen durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld der versicherten Person oder durch bereits vorher regelmäßig erbrachte Dienstleistungen Dritter abgedeckt ist.

2.8.2.3

Die versicherte Person ist verpflichtet, uns ihre Hilfsbedürftigkeit nach einem Versicherungsfall mit ärztlichen Unterlagen nachzuweisen.

Ergibt unsere vorläufige Prüfung auf Grundlage der Informationen ohne vollständige Vorlage der ärztlichen Unterlagen bereits, dass eine Hilfsbedürftigkeit vorliegt, erhält die versicherte Person Leistungen zunächst für den Zeitraum von maximal einer Woche.

Nach Ermittlung des durch den Unfall entstandenen Bedarfs an Hilfsleistungen durch den Dienstleister unter Berücksichtigung von bestehenden Ansprüchen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, setzen wir unsere Leistungen über diesen Zeitraum hinaus fort.

Die Leistungen beginnen frühestens, wenn Sie die Hilfsbedürftigkeit geltend gemacht haben. Eine rückwirkende Geltendmachung von Hilfsleistungen ist nicht möglich.

2.8.2.4

Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen notwendig werden, dem beauftragten Dienstleister gegenüber abzugeben.

2.8.2.5

Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn die versicherte Person selbst eine Hilfsdienstorganisation auswählt.

2.8.2.6

Kein Leistungsanspruch besteht auch, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls nicht pflegeversichert ist.

2.8.2.7

Bestehen für die versicherte Person bei der Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen mit Hilfsleistungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8.3 Welche Leistungen erbringen wir?

2.8.3.1 Bedarfsermittlungsgespräch/Erstgespräch

Während des telefonischen Erstgespräches wird mit Ihnen, Ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt der individuelle Bedarf der Hilfsleistung unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfeldes festgestellt.

2.8.3.2 Haushaltsbezogene Hilfsleistungen

2.8.3.2.1 Menüservice

Die versicherte Person und der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehe /Lebenspartner erhalten nach freier Wahl aus dem angebotenen Menüsortiment des Dienstleisters eine Mahlzeit pro Tag. Diese werden täglich warm ausgeliefert. Sofern dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise tiefgekühlt angeliefert.

2.8.3.2.2 Besorgungen und Einkäufe

Zu Besorgungen und Einkäufen zählen:

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung)
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von Haltbarkeitszeiten von Lebensmitteln,
- Besorgungen wie Banken- und Behördengänge,
- Abholung von Rezepten,
- Bringen und Abholen von Wäsche bei einer Reinigung,
- Abholung von hinterlegten Paketen und Päckchen aus den auf der Abholkarte vermerkten Shops, Filialen oder Packstationen der jeweiligen Versandanbieter.

Für die versicherte Person werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen einmal in der Woche bis zu 2 Stunden und höchstens 30 km (Hin- und Rückfahrt) vom Wohnort der versicherten Person entfernt erledigt.

Anfallende Gebühren, die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

2.8.3.2.3 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Die Wäsche und Kleidung der versicherten Person werden bei Bedarf gewaschen und gepflegt einmal wöchentlich bis 2 Stunden. Hierzu zählen Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen und die Schuhpflege.

2.8.3.2.4 Wohnungsreinigung

Die allgemein üblichen Lebensbereiche (z.B. Wohn- und Schlafraum, Bad, Toilette, Küche) werden einmal pro Woche bis zu zwei Stunden gereinigt. Dies setzt voraus, dass sich die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befand.

2.8.3.3 Personenbezogene Hilfsleistungen

2.8.3.3.1 Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Für eine Dauer von bis zu 4 Wochen wird bis zu zweimal wöchentlich die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen, höchstens 30 km (Hin- und Rückfahrt) vom Wohnort der versicherten Person entfernt, begleitet, wenn ein persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

2.8.3.3.2 Fahrdienst zu Ärzten, zu Behörden, zur Krankengymnastik oder zu Therapien

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf die versicherte Person bei Arztbesuchen, bei Behördengängen, bei Krankengymnastik und Therapie, höchstens 30 km (Hin- und Rückfahrt) vom Wohnort der versicherten Person entfernt, gebracht und wieder abgeholt. Bei Arztbesuchen und Behördengängen gilt dies nur, wenn ein persönliches Erscheinen unumgänglich ist.

2.8.3.3.3 Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu 4 Wochen eine Grundpflege.

Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe bei der Verrichtung der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen und Alltagstraining, Zubereitung von Mahlzeiten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme für maximal 21 Stunden pro Woche.

2.8.3.3.4 Hausnotruf

Sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom- und entsprechender Telefonanschluss) vorhanden sind, wird bei Bedarf für die versicherte Person eine Hausnotrufanlage inklusiv einem Funkfinger oder Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert. Außerdem wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Rufzentrale mit Gesprächskontakt gewährleistet.

2.8.3.3.5 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze, zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten.

2.8.3.3.6 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (maximal zwei Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig bis zu 3 Stunden geschult. Die Kosten für die Pflegeschulung sind auf 100 Euro pro Person begrenzt.

2.8.3.3.7 Tag- und Nachtwache unmittelbar nach der Krankenhausentlassung

Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung wird für die versicherte Person – soweit eine qualifizierte Grundpflege in den Begebenheiten des häuslichen Umfeldes realisierbar ist -eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person in deren Wohnung erforderlich ist.

2.8.3.4 Sonstige Hilfsleistungen

Folgende Hilfsleistungen vermitteln wir, ohne dass wir die Kosten für diese Hilfsleistung selbst übernehmen:

2.8.3.4.1 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt.

2.8.3.4.2 Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Der versicherten Person wird eine einmalige Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt.

- 2.8.3.4.3 Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen**
Der versicherten Person wird eine einmalige Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt.
- 2.8.3.4.4 Vermittlung Gartenpflege und Schneeräumarbeiten**
Wir vermitteln die Pflege des Gartens der versicherten Person sowie Schneeräumarbeiten.
- 2.8.3.4.5 Vermittlung einer Haustierbetreuung**
Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z.B. Hunde, Katzen, Fische und Vögel, jedoch keine Exoten) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Die Kosten des Tiertransportes zur und von der Betreuungsstätte und der Betreuung selbst sind nicht versichert.
- 2.8.4 Wie lange und in welchem Umfang erbringen wir unsere Leistungen?**
- 2.8.4.1** Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange eine Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Ziffer 2.8.2 aufgrund eines Unfalls bei der versicherten Person besteht, längstens jedoch für einen Zeitraum von 6 Monaten nach dem Versicherungsfall.
- 2.8.4.2** Unsere Hilfsleistungen enden, sofern und soweit Sachleistungen oder ersetzende Geldleistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung bezogen werden. Das gilt auch, wenn dafür Selbstbehalte oder Zuzahlungen zu erbringen sind. Unsere Leistungen enden insgesamt, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung eine Leistung anerkennt und Geldleistungen gewährt werden.
- 2.8.4.3** Eine Minderung der Hilfsleistungen nach Ziffer 3.2 findet nicht statt.
- 2.8.5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Partner, Verwandte ersten Grades oder Schwiegereltern der versicherten Person?**
- 2.8.5.1 Voraussetzungen für die Leistungen**
- 2.8.5.1.1** Betreut die versicherte Person einen Ehe- oder Lebenspartner, Verwandten ersten Grades oder Schwiegereltern, mit denen sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege, und führt ein unter den Vertrag fallender Versicherungsfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, erbringen wir die Hilfsleistungen auch für diese Person.
- 2.8.5.1.2** Voraussetzung ist, dass für diese Person vor dem Versicherungsfall eine Leistung von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.
- 2.8.5.2 Dauer der Leistung**
- 2.8.5.2.1** Die Betreuung der zu pflegenden Person übernehmen wir, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 2.8.4.1 erfüllt; längstens jedoch für einen Zeitraum von 6 Monaten nach dem Versicherungsfall.
- 2.8.5.2.2** Unsere Hilfsleistungen für diese Personen erbringen wir, solange die versicherte Person selbst Leistungen beanspruchen kann (2.8.4.1).
- 2.8.5.2.3** Hat die zu pflegende Person vor dem Versicherungsfall Geldleistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen, erbringen wir unsere Hilfsleistungen bis zu 2 Wochen nach dem Versicherungsfall. Diese zeitliche Beschränkung unserer Leistung gilt nicht, wenn innerhalb dieser 2 Wochen bei der gesetzlichen Pflegeversicherung die Geldleistungen auf Sachleistungen vollumfänglich umgestellt werden.
- 2.8.5.3 Leistungsumfang**
Wir leisten Hilfe in dem Umfang, für den über die von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbrachten Sachleistungen hinaus Bedarf besteht.
- 2.8.5.4 Ihre besonderen Obliegenheiten bei Hilfsleistungen nach einem Unfall**
- 2.8.5.4.1 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
Ergänzend zu Ziffer 6 gelten folgende Obliegenheiten:
- 2.8.5.4.2 Information zum Gesundheitszustand**
Die versicherte Person hat uns umfassend und wahrheitsgemäß über den Gesundheitszustand zu informieren. Sachdienliche Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind, müssen Sie und die versicherte Person uns in gleicher Weise erteilen. Während der Leistungserbringung müssen Sie und die versicherte Person uns Änderungen des Gesundheitszustands unverzüglich mitteilen.
- 2.8.5.4.2 Beantragung eines Pflegegrades**
Entspricht eine Hilfsbedürftigkeit voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen. Die Anerkennung oder Ablehnung eines Pflegegrades müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.
- 2.8.5.5 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
Die Rechtsfolgen einer Obliegenheitsverletzung richten sich nach Ziffer 7. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein.
- 2.8.5.6 Dienstleister**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Wir übernehmen die Kosten nur für solche Leistungen nach den Ziffern 2.8.3.1 bis 2.8.3.3, die von uns in Auftrag gegeben wurden. Dabei werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Für Leistungen, die wir nach Ziffer 2.8.3.4 lediglich vermitteln oder für andere Leistungen, die von Ihnen selbst in Auftrag gegeben wurden, übernehmen wir keine Kosten. Vertragliche Beziehungen kommen nur zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den beauftragten Dienstleistern zustande.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder 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 Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei der Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Die Mitwirkung bleibt bei den Sofortleistungen für einen Oberschenkelhalsbruch (Ziffer 2.5.1), für einen Armbruch (Ziffer 2.5.2) und für schwere Verletzungen (Ziffer 2.5.3) unberücksichtigt.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

4.1.1 dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens im höheren Maß auf Hilfe angewiesen ist. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit ist die Einstufung ab dem Pflegegrad 4 der gesetzlichen Pflegeversicherung.

4.1.2 Personen, die aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können, sondern einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von Ziffer 4.1.1 und 4.1.2 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.2 Der für die unter Ziffer 4.1.1 u. 4.1.2 genannten Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

4.4 Falls mehrere Personen durch einen Vertrag versichert sind, bleibt die Versicherung für diese Personen bestehen.

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.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn

- a) die Bewusstseinsstörungen alkoholbedingt mit einer Blutalkoholkonzentration zum Unfallzeitpunkt von bis zu 1,3 Promille beruht.
- b) die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde; die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.
- c) die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente hervorgerufen wird. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Medikamente entsprechend den Anweisungen des Arztes eingenommen wurden.
- d) die Bewusstseinsstörung oder der Anfall durch ein unter diesem Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurde.

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.

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.

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.

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

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch für sonstige, nicht zur Besatzung zählende Personen, auch wenn diese mit Hilfe des Luftfahrzeugs eine Tätigkeit ausüben (z.B. Fotograf für Luftaufnahmen, als medizinisches Personal bei Sanitätsflügen).

Versichert sind auch Fluggäste in Luftsportgeräten (z.B. in Ballonen, in Segelflugzeugen, bei Fallschirm-Tandemsprüngen). Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz als Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist.

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. Der Ausschluss umfasst auch Qualifikationsfahren sowie Trainings-, Test- und sonstige Übungsfahrten, die dem Zweck dienen, das Fahren mit möglichst hoher Geschwindigkeit zu üben.

Mitversichert gelten jedoch Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges, bei denen es allein auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten).

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

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 sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht, und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen
 - Laserstrahlen
 - Maserstrahlen (z.B. Mikrowelle)
 - künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
 - energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt
- mitversichert, die sich als Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 darstellen.

Ausgeschlossen bleiben Schäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs bzw. Hantierens mit Strahlen erzeugenden Apparaten entstehen.

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

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
 - für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.4 Infektionen

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person sich infiziert

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).

Mitversichert sind zudem

- a) Infektionen, die durch Zecken – und Insektenstiche verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Als versicherte Infektionen gelten Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Meningitis, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Pest.
- b) Schutzimpfungen gegen die unter a) genannten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
- c) allergische Reaktionen in Folge von Insektenstichen.

Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

Abweichend von Ziffer 2.1.1.3 beginnen die dort genannten Fristen nicht mit dem Unfall (Zecken- oder Insektenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis über das Vorliegen der Infektion oder Infektionskrankheit durch einen am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht einschließlich der entsprechenden Laborbefunde erbracht wird.

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

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen. Alkoholvergiftungen bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

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

5.2.7 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.

Der Leistungsfall

6 Was ist nach einem Unfall 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 Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

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

6.3 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 nachgewiesenen Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht, höchstens jedoch bis zu einem Betrag von 600 Euro.

Wird bei aktiven Selbständigen der Verdienstaufschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag von höchstens 200 Euro erstattet.

6.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt 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 Versicherungsfalles 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.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

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

8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.

Die ärztlichen Gebühren, wie z.B. für Atteste usw., die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bis zu einem Betrag von 1.000 Euro.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

8.2 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.

8.3 Vorschüsse

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme, sofern vereinbart, beansprucht werden.

8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads 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 und uns längstens bis zu drei 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 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2 zahlen.

9.2 Dauer und Ende des Vertrags

9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

9.2.2 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 zugehen.

9.2.3 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 zugehen.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

9.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Der Versicherungsbeitrag

10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

10.1 Beitrag und Versicherungsteuer

10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

- 10.1.2 Versicherungsteuer**
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.
- 10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag**
- 10.2.1 Fälligkeit der Zahlung**
Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**
Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.
Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.
- 10.2.3 Rücktritt**
Wenn Sie den ersten 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.
- 10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**
- 10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 10.3.2 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 10.3.3).
- 10.3.3 Zahlungsfrist**
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform 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 10.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- 10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung**
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,
- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
 - können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.
Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.
- 10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat**
Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.
Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform 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 aufgefordert haben.
- 10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.
- 10.6 Allgemeine Beitragsanpassung**
- 10.6.1** Der Beitrag, auch soweit er für erweiterten Versicherungsschutz vereinbart ist, kann zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Anpassung des Beitragssatzes steigen oder sinken.
- 10.6.1.1** Wir sind berechtigt, die vertraglich vereinbarten Beiträge für Versicherungsverträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsumfang anzupassen, wenn die Schadenaufwendungen und Kosten eines Geschäftsjahres die Beitragseinnahmen ohne Versicherungsteuer, jeweils bezogen auf diese Verträge, überschreiten. Die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik sind anzuwenden.
- 10.6.1.2** Die Anpassung darf 10 Prozent des vertraglichen Beitrages nicht überschreiten. Der geänderte Beitrag darf den im Zeitpunkt der Änderung geltenden Tarifbeitrag für neu abgeschlossene Versicherungsverträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsumfang nicht übersteigen.

- 10.6.1.3** Die Anpassung tritt jeweils für Verträge mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres in Kraft. Wir teilen Ihnen, unserem Versicherungsnehmer, die Anpassung der Beiträge spätestens einen Monat vor Fälligkeit des Beitrages schriftlich mit. In der Mitteilung ist der alte und der neue Beitrag gegenüberzustellen und Sie sind über Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 10.6.2 zu belehren.
- 10.6.2** Erhöhen wir die Beiträge, können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, den Versicherungsvertrag kündigen.
- 10.7 Beitragsanpassung der Hilfsleistungen durch einen Dienstleister**
- 10.7.1** Wir beauftragen einen Dienstleister mit der Erbringung von Hilfsleistungen gemäß Ziffer 2.8 dieser Bedingungen. Erhöht der Dienstleister die Vergütung seiner Leistungen um mehr als 5 Prozent und erfolgt deshalb eine Anpassung des Tarifbeitrags der Hilfsleistungen für neue Verträge um mehr als 5 Prozent, sind wir berechtigt, Ihren Beitrag mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres bis zur Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben. Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens schriftlich mitgeteilt und Sie über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.
- 10.7.2** Im Falle der Beitragserhöhung können Sie den Vertrag kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Erhalt der Änderungsmitteilung zugegangen sein. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Das Vertragsverhältnis endet dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung.
- 10.7.3** Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag für Hilfsleistungen für neue Verträge um mehr als 5 Prozent gesenkt wird, sind wir verpflichtet, den Beitrag vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages abzusenken.

Weitere Bestimmungen

11 Dynamische Anpassung von Leistungen und Beitrag – sofern vereinbart

11.1 Wie werden Leistungen und Beitrag angepasst (Dynamik)

Im Folgenden finden Sie Informationen dazu, wie die Leistungen und der Beitrag Ihrer Unfallversicherung angepasst werden, wenn Sie mit uns eine Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik) abgeschlossen haben. Ob Sie dies mit uns vereinbart haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

11.2 Umfang der Erhöhung

Sie haben mit uns die Erhöhung der Leistungsart Unfallrente (Ziffer 2.2) und Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart. Die Erhöhung der Unfallrente erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres um den vereinbarten Prozentsatz, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

11.3 Rundung der Versicherungssumme

Dabei wird die Versicherungssumme für die Unfallrente (Ziffer 2.2) auf volle 10 Euro aufgerundet.

11.4 Geltung der erhöhten Versicherungssummen

Die erhöhte Versicherungssumme gilt für die Unfallrente für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

Gleiches gilt auch für alle versicherten Leistungsarten, für deren Berechnung die Unfallrente (Ziffer 2.2) die Grundlage bildet.

11.5 Erhöhung des Beitrags

Der Beitrag für die neuen Versicherungssummen errechnet sich nach dem zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Tarif.

11.6 Mitteilung über Erhöhung, Widerspruch

Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung zur Unfallrente.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von 6 Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

Haben Sie einer Erhöhung widersprochen, erhalten Sie im folgenden Jahr eine neue schriftliche Mitteilung.

11.7 Widerruf der Dynamik

Sie und wir können diese Zuwachsvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

11.8 Beendigung der Dynamik für die versicherte Person

Die dynamische Anpassung von Leistung und Beitrag endet, wenn

- die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat und/oder
- die abgeschlossene einfache Unfallrente (Ziffer 2.2) die tarifliche Höchstversicherungssumme erreicht.

Ein gesonderter Widerruf nach Ziffer 11.7 ist nicht erforderlich. Der Vertrag wird ohne Erhöhung von Leistung und Beitrag für die versicherte Person fortgeführt.

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.
- 12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen**
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 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 gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.
- Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme
- in Textform stellen.
- Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.
- 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 Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:
- Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles,
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war.
- Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.
- 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 10.1.1) Vertragsbestandteil.
- Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

- 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 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 zugeht.
- 15 Welches Gericht ist zuständig?**
- 15.1** Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
 - das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
- 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.
- 15.3** Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 16.1** Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
 - an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.
- 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.
- Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.
- 17 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
-

Abschnitt B Premium-Schutz Stand 01.2018

Bei Beantragung und Vereinbarung des „Premium-Schutz“ gilt zusätzlich folgendes:

Präambel:

Es gelten die Bestimmungen des Abschnitt A AUB-Aktiv 2016 , Stand 01.2016, mit nachstehenden Ergänzungen/ Änderungen/ Erweiterungen.

1 **Frist zur Anmeldung von Invaliditätsansprüchen**

Die in den Ziffern 2.1.1.3 und 2.1.1.4 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016 genannten Fristen werden wie folgt geändert:

Die Invalidität ist

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

2 **Invaliditäts-Kapitalleistung**

In Abweichung von Ziffer 2.1.2.1 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016 gilt folgendes:

Wird der unfallbedingte Invaliditätsgrad mit einem Grad von mindestens 20 Prozent festgestellt, wird eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe der 6-fachen vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016) geleistet.

Wird der unfallbedingte Invaliditätsgrad mit einem Grad von mindestens 50 Prozent festgestellt, wird eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe der 12-fachen vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016) geleistet.

3 **Erweiterte Gliedertaxe für die Invaliditäts-Kapitalleistung**

In Erweiterung zu Ziffer 2.1.2.2.1 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016 gelten folgende Invaliditätsgrade bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane:

Stimme	50 %
Milz	10 %
Niere	20 %
beide Nieren; oder wenn die andere Niere bereits verloren	100 %
Zwerchfell	10 %

4 **Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent**

4.1 In Erweiterung zu Ziffer 2.2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016 gilt Folgendes:

Ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 90 % erhalten Sie die doppelte Unfallrente.

4.2 Diese Erweiterung entfällt bei Tod der versicherten Person nach Beginn der Rentenzahlung.

Die Regelung in Ziffer 2.2.3.3 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016 gilt nur auf Basis der einfachen Unfallrente.

4.3 Sofern Sie die Kapitalabfindungsoption gemäß Ziffer 2.3 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016 wahrnehmen wollen, wird die einmalige Kapitalabfindung anhand der einfachen Unfallrente berechnet. Dies gilt auch dann, wenn der unfallbedingte Invaliditätsgrad eine höhere Unfallrente ab 90 Prozent vorgesehen hätte.

5 **Todesfalleistung**

5.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 5.3.

5.2 **Art und Höhe der Leistung**

Wir zahlen die Todesfalleistung als einmalige Kapitalzahlung in Höhe der 6-fachen vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016).

5.3 **Obliegenheiten**

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden.

Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit erlangt haben.

Wir werden uns auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn wir noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheiten treffen können.

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

6 **Sofortleistung**

6.1 **Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch**

Abweichend zu Ziffer 2.5.1.2 Abschnitt A AUB-aktiv 2016 erhöht sich die Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch auf die doppelte vereinbarte Unfallrente (Ziffer 2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016).

6.2 **Sofortleistung bei Armbruch**

Abweichend zu Ziffer 2.5.2.2 Abschnitt A AUB-aktiv 2016 erhöht sich die Sofortleistung bei Armbruch auf die einfache vereinbarte Unfallrente (Ziffer 2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016).

6.3 **Sofortleistung bei schweren Verletzungen**

Abweichend zu Ziffer 2.5.3.2 Abschnitt A AUB-aktiv 2016 erhöht sich die Sofortleistung bei schweren Verletzungen auf die doppelte vereinbarte Unfallrente (Ziffer 2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016).

7 **Mitwirkung**

Die in Ziffer 3.2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016 vorgesehene Minderung wird erst ab einem Mitwirkungsanteil von 40% vorgenommen.

8 Zuschuss bei längerem Krankenhaus-Aufenthalt sowie stationären Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuraufenthalten

Befindet sich die versicherte Person wegen des Unfalls für mindestens 20 Tage ununterbrochen in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, wird ein Zuschuss für den Aufenthalt in Höhe der doppelten vereinbarten Unfallrente (Ziffer 2.2 Abschnitt A AUB-Aktiv 2016) ausbezahlt.

Dies gilt auch für unfallbedingte stationäre Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuraufenthalte.

Die Leistung wird je Versicherungsfall nur einmal gezahlt.
