

**Verbraucherinformation zur Unfallversicherung
Arch AUB 2018 – Stand: 08.2018 – BB Exclusive**

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------------|---|-----------|
| I. | Allgemeine Versicherungsinformationen | 2 |
| II. | Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen | 6 |
| III. | Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht | 28 |
| IV. | Merkblatt zur Datenverarbeitung | 29 |
| V. | Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BB Exclusive) | 33 |

Arch Insurance Company (Europe) Ltd. · Direktion für Deutschland
Herrlichkeit 5 – 6 · 28199 Bremen
Telefon +49 (0)421 33302-0 · Telefax +49 (0)421 33302-269
E-Mail mailbox@archinsurance.de · www.arch-underwriting.com

Arch Insurance Company (Europe) Ltd.
60 Great Tower Street · London EC3R 5AZ · England
(Gesellschaftsregister für England und Wales) No. 4977362

Hauptbevollmächtigter Hans-Christoph Enge

Registergericht Amtsgericht Bremen · HRA 25094
St.-Nr. 71 61 80 34 93 · Vers.-St.-Nr.
805/V90805004035

Bankhaus Neelmeyer · Bremen
IBAN DE45 2902 0000 1000 3485 55
BIC NEELDE22

I. **Allgemeine Versicherungsinformationen nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung**

1. **Informationen zum Versicherer**

Sitz der Arch Insurance Company (Europe) Ltd. – Direktion für Deutschland ist: Herrlichkeit 5-6, 28199 Bremen.

Die Handelsregisternummer ist HRS 25094 Amtsgericht Bremen.

Zweigniederlassung der unter der Firma Arch Insurance Company (Europe) Limited in London/Großbritannien bestehenden Hauptniederlassung 6th Floor Plantation Place South 60 Great Tower Street, London EC3R 5AZ – Großbritannien.

2. **Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigter**

Arch Insurance Company (Europe) Ltd, Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen
Hauptbevollmächtigter: Hans-Christoph Enge

3. **Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde**

Die Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der Sparten Sach- und Personenversicherungen (gemäß Ziffer 1., 5 bis 9, 11 bis 13 und 16 der Anlage A zum Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie das Rückversicherungsgeschäft.

Die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. Direktion für Deutschland unterliegt der Aufsicht der **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht**
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
T +49 (0)228 4108-0 | F +49 (0)228 4108-1550 | poststelle@bafin.de

Informationen zur angebotenen Leistung

4. **Welche wesentlichen Merkmale liegen der Versicherungsleistung zugrunde?**

Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2018) | Arch | 08.2018 in der jeweils gültigen Form sowie die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zugrunde gelegten Tarifbestimmungen.

Bei dem abgeschlossenen Vertrag handelt es sich um eine Unfallversicherung, deren Versicherungsschutz – sofern nichts anderes vereinbart wurde – 24 Stunden am Tag besteht. Grundvoraussetzung für die folgenden Leistungen ist jeweils ein Unfall gemäß den oben genannten Versicherungsbedingungen.

Invaliditätsleistungen: Sie werden erbracht, sofern Sie während der Wirksamkeit des Vertrages durch Unfall auf Dauer in Ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind (Invalidität).

Übergangsleistung: Sie wird erbracht, wenn Sie unfallbedingt im beruflichen oder außerberuflichen Bereich – ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen – für die Dauer von mehr als 6 Monaten in Ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit zu mindestens 50% beeinträchtigt sind.

Tagegeld: Es wird geleistet, sofern Ihre Arbeitsfähigkeit durch einen Unfall beeinträchtigt ist und Sie sich in ärztlicher Behandlung befinden.

Krankenhaustagegeld: Es wird erbracht, sofern Sie sich wegen eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befinden.

Genesungsgeld: Es wird erbracht, wenn Sie aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen werden und Anspruch auf Krankenhaustagegeld hatten.

Todesfalleistung: Sie wird erbracht, sofern Sie infolge eines Unfalles innerhalb von einem Jahr versterben oder aber innerhalb von zwei Jahren infolge eines Unfalles sterben, ohne dass eine Invalidität im Sinne der Bedingungen festgestellt wurde.

Die genauen Definitionen, Anspruchsvoraussetzungen und Ausschlüsse zu den oben genannten Leistungsarten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2018) | Arch | 08.2018.

5. **Wie gestalten sich der Beitrag und dessen Zahlungsweise?**

In Ihrem Antrag finden Sie Informationen darüber, für welchen Zeitraum und in welcher Höhe Sie den Beitrag zu zahlen haben.

Denken Sie bitte daran, dass Sie den Beitrag unverzüglich zu zahlen haben, wenn der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns erreicht ist. Bei verspäteter Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir bis zum Eingang der verspäteten Zahlung vom Vertrag zurücktreten.

Zahlen Sie einen der weiteren Beiträge nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem sind wir berechtigt, den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen zu kündigen.

Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Bankkonto.

6. **Welche Kosten fallen zusätzlich bei Abschluss des Versicherungsvertrags an?**

Nebengebühren und Kosten (außer den gesetzlichen Abgaben, Mahngebühren sowie den Kosten bei der Nichteinlösung des Lastschriftverfahrens) werden nicht erhoben. Die Ausübung der Ihnen vertraglich zustehenden Rechte (z. B. Einräumung eines Bezugsrechts, Beitragsfreistellung, Kündigung) ist gebührenfrei. Allgemeine Betriebskosten sind ebenfalls mit der Beitragszahlung abgegolten. Der Versicherungsvermittler bzw. Versicherungsmakler ist nicht berechtigt, noch irgendwelche gesonderten Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen zu erheben.

7. **Welche Einzelheiten bestehen hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise?**

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen des Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginns zu zahlen.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Es gilt die im Antrag vereinbarte Zahlungsweise.

8. **Ist die Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen befristet?**

Die beigefügten Informationen, insbesondere die im Angebot/Antrag gemachten Angaben zum Versicherungsumfang und zur Beitragshöhe, behalten Gültigkeit für 4 Wochen, beginnend mit dem Zugang des Angebots.

9. **Gibt es im Rahmen des angebotenen Vertrages Finanzinstrumente, die mit speziellen Risiken behaftet sind?**

Der Ihnen angebotene Versicherungsschutz ist nicht mit speziellen Risiken behaftet.

Informationen zum Vertrag

10. Wie kommt der Vertrag zustande?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Einlösung des Versicherungsscheins durch Zahlung des Beitrags und der Versicherungssteuer, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt.

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung des Versicherungsscheins beginnen (vorläufige Deckung), bedarf es einer besonderen Zusage des Versicherers oder der hierzu bevollmächtigten Personen.

11. Besteht ein Widerrufsrecht?

Sie können die Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber der Arch Insurance Company (Europe) Ltd, Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen zu erklären und muss keine Begründung enthalten. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

Das Widerrufsrecht besteht unter anderem nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat sowie bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

Bitte beachten Sie auch die gesonderte Belehrung zum Widerrufsrecht, die Ihrem Angebot/Antrag beigelegt ist.

12. Welche Laufzeit hat der Vertrag?

Die Laufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir den Vertrag nicht spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mehr als drei Jahren, können Sie diesen bereits zum Ende des dritten Jahres kündigen. Beachten Sie auch hier, dass uns Ihre Kündigung hierbei drei Monate vor Ablauf der ersten drei Jahre Ihrer Vertragslaufzeit zugehen muss.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann von beiden Parteien stets zum Ablauf der Laufzeit gekündigt werden. Die Kündigung muss dem jeweils anderen Vertragspartner drei Monate vor Ablauf vorliegen.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres vom Versicherungsnehmer gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

14. Welches Recht oder welches zuständige Gericht wird dem Vertrag zugrunde gelegt?

Für diesen Vertrag gelten das Recht der Bundesrepublik Deutschland sowie die zu den einzelnen Versicherungsarten gehörenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Sonderbedingungen.

Die vollständige Fassung der für die Versicherungsart geltenden Allgemeinen Bedingungen sowie etwaige Sonderbedingungen sind Ihnen vor Vertragsschluss übergeben worden.

Wenn Sie uns verklagen, können Sie Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag bei den nachfolgenden Gerichten geltend machen:

- a) Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist oder das örtlich zuständige Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes.
- b) Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen, können wir Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei nachfolgenden Gerichten geltend machen:

- a) Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist.
- b) Haben Sie einen Geschäfts- oder Gewerbebetrieb, außerdem das Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet.

15. In welcher Sprache werden die Vertragsbedingungen und -informationen mitgeteilt bzw. die Kommunikation während der Vertragslaufzeit geführt?

Die Vertragsbedingungen, die beigefügten Vorabinformationen zu diesem Angebot und die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Informationen zum Rechtsweg

16. Welche Möglichkeiten einer Beschwerde bei der unter Ziffer 3 genannten Aufsichtsbehörde bestehen für Sie?

Für Fragen und Beanstandungen stehen wir Ihnen unter folgender Adresse zur Verfügung:
Arch Insurance Company (Europe) Ltd.
Herrlichkeit 5-6, 28199 Bremen

Für den Fall, dass Sie trotz unserer Bemühungen mit unseren Leistungen nicht zufrieden sind, haben Sie die Möglichkeit, sich mit Ihren Beschwerden direkt an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unter folgender Adresse zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Bereich Versicherungen

Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

T +49 (0)228 4108-0 | F +49 (0)228 4108-1550 | poststelle@bafin.de

II. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2018 Stand: 08.2018

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 Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. 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 ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

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

Ihre Arch Insurance Company (Europe) Ltd.

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.

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 Vertrages

- 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

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.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

2. Welchen 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 Nachtrag 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 drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustandes 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 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- 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 15 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.

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 Todesfalleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad

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

2.1.2.2 Bemessung des 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 und 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% |
| - Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65% |
| - Arm bis 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% |
| - Gehör auf einem Ohr | 30% |
| - 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%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7% (= ein Zehntel von 70%).

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bedingungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall gestorben (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 Progressive Invaliditätsstaffeln

Sofern beantragt und im Versicherungsschein beurkundet, gilt für die versicherte Person die im Versicherungsschein angegebene progressive Invaliditätsstaffel. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 3.2 bemessen.

2.1.3.1 Progressive Invaliditätsstaffel 225%

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1% aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1% aus der Versicherungssumme.

2.1.3.2 Progressive Invaliditätsstaffel 300%

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1% aus der Versicherungssumme.

2.1.3.3 Progressive Invaliditätsstaffel 350%

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.

2.1.3.4 Progressive Invaliditätsstaffel 500%

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5% aus der Versicherungssumme.

2.2 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
- zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

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

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

***Beispiel:** Sie haben durch einen 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 in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

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

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

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

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

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 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 und Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Maßgabe von Ziffer 2.4.1

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für 100 Tage.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie bitte die Verhaltensregeln nach Ziffer 6.5.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

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

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

2.7.2 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 von 10.000 EUR.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

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

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

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

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis zur Höhe von insgesamt 10.000 EUR.

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.

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

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 deren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei der Leistungsart Invaliditätsleistung der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- 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%. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50% mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5%.

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

4. Was ist nicht versichert?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, 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.

Ausnahme: Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3. verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. 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.

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

4.1.3 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 am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, 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.

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

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

4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

4.2.1 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.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

4.2.3 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.

4.2.4 Infektionen

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.

- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht 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 4.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

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

Beispiele:

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

4.2.7 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.

4.3 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.3.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd schwer- oder schwerst-beeinträchtigte Personen ab Pflegegrad 3 bzw. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ab Pflegegrad 4 (Einstufung der Pflegegrade gem. SGB, XI, § 15, Stand 01.01.2017).

4.3.2 Der Versicherungsschutz entfällt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.3.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig enden die Versicherung und die Pflicht zur Beitragszahlung für diese Person. Die zu viel gezahlten Beiträge erstatten wir.

4.3.3 Personen, die ihren Wohnsitz außerhalb Deutschlands haben

Nicht versichert sind Privatpersonen, die ihren Wohnsitz nicht in Deutschland haben oder diesen ins Ausland verlegen. Ausland ist jeder Staat außerhalb Deutschlands.

Im Falle, dass die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt, erlischt der Versicherungsschutz für diese mit dem Ende des Versicherungsjahres, in welchem sie ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt. Ausland ist jeder Staat außerhalb Deutschlands.

4.3.4 Versicherungsschutz bis zum 75. Lebensjahr

Mit Vollendung des 75. Lebensjahres erlischt der Versicherungsschutz und gleichzeitig endet die (Mit)-Versicherung zum Ende des entsprechenden Versicherungsjahres.

Eine eventuelle Weiterversicherung über das 75. Lebensjahr hinaus bedarf einer besonderen vertraglichen Vereinbarung.

4.4 Sanktionsklausel – 01.2014

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur insoweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, Großbritanniens oder der Vereinigten Staaten von Nordamerika entgegenstehen.

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

5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

5.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 9.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechenden höheren Beitrag.

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

5.2 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 Bestandteil des für Ihren Vertrag geltenden Tarifs ist.

5.2.1 Mitteilung der Änderung

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

5.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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 versicherten Personen 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.
- 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 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.

- 6.5** Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden 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.

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 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.

8. Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Es 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 der Invaliditätsleistung beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei der Invaliditätsleistung 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, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

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 Grund nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

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

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

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 drei Jahre nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung unserer 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% 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. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins 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 jeweils um 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 Vertragslaufzeit zugehen.

9.2.3 Vertragsbeendigung

Bezogen auf die Vertragslaufzeit

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 des darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

Bezogen auf den Wohnsitz der versicherten Person

Im Falle, dass die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt, erlischt der Versicherungsschutz für diese mit dem Ende des Versicherungsjahres, in welchem sie ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt. Ausland ist jeder Staat außerhalb Deutschlands.

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.

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsfall

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

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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 Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. 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.

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 Beiträge, 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 Beitrag 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 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:

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

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

Weitere Bestimmungen

11. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

11.1 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.

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

12.1 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 Annahme
- 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.

12.2 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.

12.2.1 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.

12.2.2 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.

12.2.3 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.

12.3 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 Vertragsabschluss 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.

12.4 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.

12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 12.1 bis 12.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

13. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

13.1 Gesetzliche Verjährung

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

13.2 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.

14. Welches Gericht ist zuständig?

14.1 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.

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

15.1 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.

15.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben, 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.

16. Maklerklausel

16.1 Der gesamte Geschäftsverkehr zwischen den Vertragspartnern läuft über den Sie betreuenden Versicherungsmakler, sofern zum jeweils den Geschäftsvorfall betreffenden Zeitpunkt zwischen Ihnen und dem Makler ein gültiger Maklervertrag besteht.

16.2 Der Versicherungsmakler ist berechtigt, Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen des Versicherungsnehmers mit Wirkung für den Versicherer entgegenzunehmen. Er ist zur unverzüglichen Weiterleitung verpflichtet.

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

III. Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch soweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls bleiben wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

* weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls

* noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und die Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zur berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

IV. Merkblatt zur Datenverarbeitung

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten

Mit Ihrer Unterschrift unter den Antrag zu diesem Vertrag willigen Sie ein, dass der Versicherer Ihre Gesundheitsdaten – auch zukünftig mitgeteilte – erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden/vertragsrelevanten Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen zu erhalten, die über die benötigten Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. die Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht wurden oder sich aus den eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen, z. B. von Ärzten oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir werden die Vertragsbeteiligten in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird, und bitten Sie, uns die erforderlichen Unterlagen zu besorgen.

2.2 Erklärungen für den Todesfall der zu versichernden / versorgungsberechtigten Person

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach dem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Der Versicherer benötigt für die Abfrage von Informationen über die gesundheitlichen Verhältnisse die Einwilligung für sich sowie für die Stellen, die über die Gesundheitsdaten verfügen.

Für den Fall des Todes willigt die zu versichernde/versorgungsberechtigte Person ein, dass die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. – soweit es für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist – ihre Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verarbeitet.

Die zu versichernde/versorgungsberechtigte Person befreit die Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit ihre gerechtfertigt gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und Versicherungsverträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. übermittelt werden.

Die zu versichernde/versorgungsberechtigte Person ist darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – ihre Gesundheitsdaten durch die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. an diese Stellen weitergegeben werden, und befreit auch insoweit die für die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehende Erklärung auf Angaben der zu versichernden/versorgungsberechtigten Person bei Antragstellung bezieht, gilt sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Ergeben sich nach Vertragsabschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss.

3. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an dritte Stellen

Die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. verpflichtet die nachfolgenden Stellen auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter zu beauftragen. Die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. benötigt die Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, wenn in diesem Zusammenhang die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Die zu versichernde/versorgungsberechtigte Person wird über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Die zu versichernde/versorgungsberechtigte Person willigt ein, dass die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. ihre Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und ihre Gesundheitsdaten dort dem Zweck entsprechend verarbeitet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbindet die zu versichernde/versorgungsberechtigte Person die für die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben an andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft innerhalb der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei nach § 203 StGB geschützte Daten weitergegeben, benötigt die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. eine Schweigepflichtenbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. verarbeiten, unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. die Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinden die Vertragsbeteiligten die Mitarbeiter der Arch Insurance Company (Europe) Ltd. und sonstige Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. das Risiko bzw. den Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über bestehende Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte oder pseudoanonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsdaten verwendet.

Die personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden. Soweit erforderlich, entbinden Sie die für die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Verarbeitung von Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag nicht zustande, speichert die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. die im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass erneut ein Versicherungsschutz beantragt wird.

Die zu versichernde/versorgungsberechtigte Person willigt ein, dass die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. ihre Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken verarbeitet.

5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. gibt grundsätzlich keine Angaben zur Gesundheit der zu versichernden/versorgungsberechtigten Personen an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf die Gesundheit zulassen, oder nach § 203 StGB geschützte Informationen über den Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) der Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der den Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung von Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Die Vertragsbeteiligten werden bei einem Wechsel des betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Daten informiert sowie auf die Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Die Vertragsbeteiligten willigen ein, dass die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. die Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen an den für sie zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort verarbeitet und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

6. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungseinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann der Versicherer an den HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungsunternehmen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Arch Insurance Company (Europe) Ltd. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Anmerkungen/Hinweise

Die in diesem Merkblatt zur Datenverarbeitung aufgeführten Einwilligungen der versicherten Person bzw. der versorgungsberechtigten Person gelten, sofern das Einverständnis der versicherten Personen bzw. der versorgungsberechtigten Person in Schriftform vorliegt.

Die Inhalte/Bestimmungen dieses Merkblattes gelten auch für die Arch Underwriting GmbH, Herrlichkeit 5-6, 28199 Bremen, welche von der Arch Insurance Company (Europe) Ltd. mit der Durchführung der Geschäftsprozesse in Deutschland betraut ist.

V. Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BB Exclusive – Stand: 08.2018)

Die „Besonderen Bedingungen“ zur Unfallversicherung (BB Exclusive – Stand: 08.2018) gelten als vereinbart, sofern Sie von Ihnen beantragt wurden und im Versicherungsschein Ihres Unfallversicherungsvertrages dokumentiert sind.

Es gelten folgende Bedingungen zu Ihrem Unfallversicherungsvertrag:

1. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2018) – (Arch – 08.2018)
 2. Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung (BB Exclusive – Stand: 08.2018)
-

1. Erweiterter Unfallbegriff (Ziffer 1.3 der AUB 2018)

1.1 Rechtmäßige Verteidigung – Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen

Auf die Leistungsvoraussetzung der Unfreiwilligkeit berufen wir uns nicht, wenn die versicherte Person aus Anlass der rechtmäßigen Verteidigung oder aus dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.2 Gase – Dämpfe – Strahlen

Auf die Leistungsvoraussetzung der Plötzlichkeit berufen wir uns nicht, wenn die versicherte Person durch allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Röntgen- oder Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Dies gilt nicht für Berufs- oder Berufkrankheiten sowie Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Gas, Dampf oder Strahlen erzeugenden Apparaten eingetreten sind.

1.3 Tauchtypische Gesundheitsschäden/Unfälle im Wasser

Auf die Leistungsvoraussetzung der Einwirkung von außen berufen wir uns nicht bei tauchtypischen Gesundheitsschädigungen wie z. B. Caissonkrankheit; ferner bei Trommelfellverletzungen und bei dem Erstickungs-, Ertrinkungs- oder Erfrierungstod unter Wasser.

1.4 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 der AUB 2018 gilt auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

1.5 Extreme Witterungs- und Temperatureinflüsse

Gesundheitsschäden durch extreme Witterungsbedingungen – Frost, Schnee, Hagel, Sonneneinstrahlung, Wind, Regen und Überflutung – in der Folge eines versicherten Unfallereignisses nach Ziffer 1.3 der AUB 2018 sind mitversichert.

1.6 Erhöhte Kraftanstrengungen

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 der AUB 2018 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche
- Schädigungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule
- Verrenkungen eines Gelenks
- Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Die Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen an Bandscheiben.

2. Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1 der AUB 2018)

2.1 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität (Ziffer 2.1.1.2 AUB 2018)

Ziffer 2.1.1.2 AUB 2018 wird wie folgt ersetzt:

Die Invalidität ist

innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.2 Geltendmachung der Invalidität (Ziffer 2.1.1.3 AUB 2018)

Ziffer 2.1.1.3 AUB 2018 wird wie folgt ersetzt:

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.

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

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

2.3 Verbesserte Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB 2018)

Anstelle der Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB 2018 gilt die nachfolgend aufgeführte Gliedertaxe als vereinbart, nach der die Bemessung des Invaliditätsgrades erfolgt:

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

| | |
|--|------|
| - Arm | 80% |
| - Hand | 70% |
| - Daumen | 25% |
| - Zeigefinger | 15% |
| - anderer Finger | 8% |
| - Daumen, Zeigefinger und alle anderen Finger einer Hand jedoch maximal | 60% |
| - Bein | 80% |
| - Bein bis Mitte Oberschenkel | 70% |
| - Bein bis unterhalb Knie | 60% |
| - Fuß | 50% |
| - große Zehe | 8% |
| - andere Zehe | 5% |
| - Auge | 60% |
| - sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war | 80% |
| - Gehör auf einem Ohr | 40% |
| - sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war | 60% |
| - Gehör auf beiden Ohren | 80% |
| - Geruchssinn | 15% |
| - Geschmackssinn | 15% |
| - Stimme | 80% |
| - Niere | 25% |
| - beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war | 100% |
| - Milz | 10% |
| - Milz bei Kindern, bis zum vollendeten 14. Lebensjahr | 20% |
| - Lungenflügel | 50% |
| - Gallenblase | 10% |
| - Magen | 20% |
| - Zwölffinger-, Dünn-, Dick oder Enddarm | 25% |

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8% (= ein Zehntel von 80%).

2.4 Altersabhängige Mehrleistung

Für Verträge ohne progressive Invaliditätsstaffel oder andere Mehrleistungs-Bedingungen und ohne eine Sonder-Gliedertaxe (z.B. für Ärzte, Berufsmusiker etc.) gilt Folgendes:

Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2018 ermittelt und der Unfall ereignet sich vor Vollendung des:

- 25. Lebensjahres des Versicherten und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% oder
- 50. Lebensjahres des Versicherten und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 80% oder
- 65. Lebensjahres des Versicherten und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%.

Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens 160.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

2.5 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.5.1.1 Die versicherte Person hat vor Vollendung des 70. Lebensjahres eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;
- Schädelhirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Gehirnprellung (Kontusion) oder Gehirnblutung;
- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen an Ober-/Unterarm oder Ober-/Unterschenkel. Die Fraktur muss an unterschiedlichen Gliedmaßen eintreten. Beispiel: Sie erleiden eine Fraktur an Elle und Speiche des linken Unterarmes. Da die Frakturen nicht an unterschiedlichen Gliedmaßen eingetreten sind besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.
- Gewebeerstörende Schäden an mindestens zwei inneren Organen;
- Kombination von mindestens 2 der nachfolgenden Verletzungen:
 - a) Fraktur eines langen Röhrenknochens (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
 - b) Fraktur des Beckens
 - c) Fraktur eines Wirbelkörpers
 - d) Gewebeerstörende Schäden an einem inneren Organ
- Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (Sehschärfe nicht mehr als 5% beider Augen)

2.5.1.2 Die schwere Verletzung wird von einem Arzt schriftlich festgestellt.

2.5.1.3 Die Sofortleistung wird binnen 6 Monaten nach dem Unfall unter Vorlage eines Attestes gemäß Ziffer 2.5.1.2 bei uns geltend gemacht.

2.5.1.4 Kein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von 96 Stunden nach dem Unfallereignis verstirbt.

2.5.2 Höhe der Leistung

2.5.2.1.1 Die Höhe der Sofortleistung ist auf 10% der Versicherungssumme für Invalidität (ohne Progression oder Mehrleistungen), höchstens auf 10.000 EUR begrenzt.

2.5.2.1.2 Die Sofortleistung wird je Unfall nur einmal gezahlt, auch wenn die versicherte Person mehrere schwere Verletzungen oder Kombinationen von schweren Verletzungen erlitten hat.

2.5.2.1.3 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Sofortleistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. Übergangsleistung (Ziffer 2.2 der AUB 2018)

Es gilt die **Erweiterte Übergangsleistung** gemäß den nachfolgend aufgeführten Bedingungen:

3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit
- a) für die Dauer von 3 Monaten vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen zu 100% beeinträchtigt oder
- b) für die Dauer von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen zu 50% beeinträchtigt.

Sie müssen die Beeinträchtigung unter Vorlage eines ärztlichen Attestes

- im Falle von Ziffer 3.1.1 a) innerhalb von 4 Monaten
 - im Falle von Ziffer 3.1.1 b) innerhalb von 7 Monaten
- vom Unfalltag an gerechnet bei uns geltend machen.

Versäumen Sie die vorgenannten Fristen zur Geltendmachung der Übergangsleistung, so ist die Leistung unsererseits ausgeschlossen.

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

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

3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

4. **Tagegeld (Ziffer 2.3 der AUB 2018)**

Pflichtgefühl:

Für die Bemessung des Grades der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend. Geht der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Arbeitstage gelten nicht als Tage der ärztlichen Behandlung.

Sonderregelung bei unfallbedingter stationärer Behandlung:

Bei unfallbedingter stationärer Behandlung wird das Unfall-Tagegeld auch über das erste Jahr hinaus gezahlt, und zwar für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Die maximale Anzahl von Tagen, für die Tagegeld bezahlt wird, bleibt auf insgesamt 365 Tage begrenzt. Tagegelder für die allgemeine ärztliche Behandlung werden mitgerechnet.

Tagegeld nach Abschluss der ärztlichen Behandlung:

Ist die Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt, aber eine Invalidität nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2018 noch nicht eingetreten, wird weiter Tagegeld gezahlt, wenn der behandelnde Arzt die Beeinträchtigung bescheinigt und die versicherte Person ihrer Berufstätigkeit oder Beschäftigung tatsächlich nicht nachgeht. Diese Regelung gilt bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2018 eingetreten ist, längstens jedoch für 15 Monate nach dem Unfall.

5. **Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.4 der AUB 2018)**

Leistungserweiterungen zu Ziffer 2.4.1 der AUB 2018

Eine innerhalb von 30 Tagen an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt anschließende Anschlussheilbehandlung (AHB), berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW) oder intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA) gilt als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung.

Soweit der vorgenannte Absatz nicht zutreffend ist, gelten Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen nicht als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen.

Nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen ersetzen wir bis zur Höhe von 3.000 EUR die entstandenen notwendigen Kosten für den Rücktransport in ein Krankenhaus des Heimortes oder in der Nähe des Heimortes. Kommt ein anderer Kostenträger (z. B. die Krankenversicherung) oder Ersatzpflichtiger für die Kosten des Rücktransportes auf, so gehen dessen Leistungen vor. Wir erstatten in diesem Falle nur die etwa verbliebenen Restkosten.

Krankenhaustagegeld bei ambulanten chirurgischen Operationen

Unterzieht sich die versicherte Person aufgrund eines unter diesen Vertrag fallenden Unfalls einer ambulanten chirurgischen Operation, so zahlen wir ein versichertes Krankenhaustagegeld für die Dauer von 3 Tagen.

Verlängerung der Leistungsdauer (Ziffer 2.4.2 der AUB 2018)

In Abänderung von Ziffer 2.4.2 der AUB 2018 zahlen wir das Krankenhaustagegeld längstens für die Dauer von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

6. Todesfalleistung (Ziffer 2.6 der AUB 2018)

Verschollenheit

Ein Anspruch auf Todesfalleistung besteht auch dann, wenn die versicherte Person verschollen ist und

- im Aufgebotsverfahren für tot erklärt wurde und
- die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde und
- eine Urkunde vorgelegt wird.

Die ausgezahlte Todesfalleistung ist zurückzuzahlen, wenn die versicherte Person die Verschollenheit überlebt.

7. Kosten für kosmetische Operationen (Ziffer 2.7 der AUB 2018)

Höhe der Leistung

Abweichend von Ziffer 2.7.2 der AUB 2018 werden die Kosten für kosmetische Operationen bis zur Höhe von 15.000 EUR erstattet.

8. Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze (Ziffer 2.8 der AUB 2018)

Höhe der Leistung

Abweichend von Ziffer 2.8.2 der AUB 2018 werden die Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zur Höhe von 20.000 EUR erstattet.

9. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen? (Ziffer 3 der AUB 2018)

Berücksichtigung des Mitwirkungsanteils

Abweichend von Ziffer 3.2.2 der AUB 2018 nehmen wir keine Minderung vor, sofern der Mitwirkungsanteil 40% nicht übersteigt.

10. Was ist nicht versichert? – Ausgeschlossene Unfälle (Ziffer 4.1 der AUB 2018)

Trunkenheit

Abweichend von Ziffer 4.1.1 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen. Dies gilt beim Lenken von Motorfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,1 Promille lag und beim Lenken von Fahrrädern nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,6 Promille lag.

Medikamenteneinnahme

Abweichend von Ziffer 4.1.1 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf der bestimmungsgemäßen Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten beruhen.

Herzinfarkt und Schlaganfall

Abweichend von Ziffer 4.1.1 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden. Mitversichert sind nur die Unfallfolgen. Die bereits durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall eintretende Gesundheitsschädigung ist nicht mitversichert.

Übermüdung – Einschlafen infolge Übermüdung

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörung angesehen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben dagegen die Tagesschläfrigkeit und der Sekundenschlaf, soweit bei der versicherten Person ein Schlafapnoe-Syndrom (SAS) vorhanden ist.

Ungewollte Einnahme von sogenannten K.O.-Tropfen

Abweichend von Ziffer 4.1.1 der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für die gesundheitlichen Folgen der ungewollten Einnahme sogenannter K.O.-Tropfen, sofern dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind (Ziffer 4.1.3 der AUB 2018)

Abweichend von Ziffer 4.1.3 der AUB 2018 erlischt der Versicherungsschutz wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird, am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die 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 vom Versicherungsschutz.

Unfälle der versicherten Person durch Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen (Ziffer 4.1.5 der AUB 2018)

Abweichend von Ziffer 4.1.5 der AUB 2018 gelten folgende Vereinbarungen:

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

Mitversichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer eines Go-Karts gelegentlich an öffentlichen Fahrtveranstaltungen beteiligt, die als Freizeitvergnügen angeboten werden und kein besonderes Training erfordern (z. B. Kartbahnen auf Jahrmärkten oder In- und Outdoorkartbahnen, die für das allgemeine Publikum geöffnet sind).

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle, die die versicherte Person als Fahrer eines Go-Karts im Rahmen regelmäßiger sportlicher Betätigung erleidet.

11. Ausgeschlossene Gesundheitsschäden (Ziffer 4.2 der AUB 2018)

Gesundheitsschäden durch Strahlen (Ziffer 4.2.2 der AUB 2018)

Gesundheitsschäden durch Strahlen gelten im Rahmen von Ziffer 1.2 dieser Sonderbedingungen (BB Exclusive – Stand: 08.2018) als mitversichert.

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person (Ziffer 4.2.3 der AUB 2018)

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut wird nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff gewertet.

Infektionen (Ziffer 4.2.4 der AUB 2018)

Abweichend von Ziffer 4.2. der AUB 2018 besteht Versicherungsschutz für

- **die durch einen Zeckenstich übertragenen Infektionskrankheiten** (z. B. Frühsommer-Meningoenzephalitis FSME oder Lyme-Borreliose). Als Unfalltag gilt der Tag, an dem die Erkrankung erstmals ärztlich diagnostiziert wurde.

Es gilt eine Wartezeit von drei Monaten nach Vertragsbeginn. Die in diesem Zeitraum ärztlich diagnostizierten Infektionskrankheiten sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

- **Gesundheitsschädigungen infolge einer Schutzimpfung (Impfschaden).** Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- **Wundinfektionen als Folge von Insektenstichen,** jedoch keine Infektionskrankheiten mit Ausnahme von Tollwut und Wundstarrkrampf.
- **In Ausübung der versicherten Berufstätigkeit der versicherten Person entstandene Infektionen,** bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung durch alle Hautschichten hindurch oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand nur dann, wenn durch den Hustenfall eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre) – (Ziffer 4.2.5 der AUB 2018)

Nahrungsmittelvergiftungen

Gesundheitsschädigungen infolge von versehentlichen Nahrungsmittelvergiftungen sind mitversichert. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsschädigung binnen 48 Stunden eintritt und innerhalb dieses Zeitraums ärztlich festgestellt wird.

Versehentliche Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

Als mitversichert gelten Gesundheitsschädigungen infolge der versehentlichen Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, die für den menschlichen Verzehr nicht geeignet sind. Das Versehen hat die versicherte Person dem Versicherer gegenüber darzulegen.

12. Änderung der beruflichen Tätigkeit (Ziffer 5.2.1 der AUB 2018)

Sofern versehentlich die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht angezeigt wird, hat dies keine Auswirkung auf die vereinbarten Versicherungssummen. Die Beitragsberichtigung bzw. -verrechnung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Veränderung an. Sie müssen die Anzeige jedoch unverzüglich nachholen, sobald Sie sich des Versäumnisses bewusst geworden sind.

13. Der Leistungsfall – Obliegenheiten (Ziffer 6.1 der AUB 2018)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn der Versicherte den Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar ist.

Durch unbeabsichtigte Verzögerung der Anzeige von Unfällen erwachsen Ihnen und der versicherten Person keine Nachteile. Die Unfallmeldung soll aber so rasch wie möglich, d.h. unverzüglich nach bekannt werden bzw. sobald hierzu die Möglichkeit besteht, erfolgen.

14. Vorschüsse (Ziffer 8.3 der AUB 2018)

In Abänderung/Ergänzung von Ziffer 8.3. der AUB 2018 kann auch dann, wenn keine Todesfallsumme versichert ist, ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung - höchstens jedoch 20.000 EUR - verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

15. Mitversicherte Zusatzleistungen – Besondere Vereinbarungen

15.1 Generelle Vereinbarungen

- 15.1.1** Handelt es sich bei der Leistung um Kostenersatz, besteht eine Leistungspflicht nur, wenn die Kosten tatsächlich aufgewendet werden und sie durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall oder dessen Folgen bedingt sind.
- 15.1.2** Ist ein bestimmter körperlicher Zustand, eine Verletzung oder die Dauer der Behandlungsmaßnahme Voraussetzung für die Leistung, so muss ein unter diesen Vertrag fallender Unfall oder dessen Folgen ursächlich sein. Soweit anwendbar, werden bei der Ermittlung der Höhe der Leistung die Regelungen von Ziffer 3 der AUB 2018 berücksichtigt.
- 15.1.3** Kommt ein anderer Kostenträger (z. B. die Krankenversicherung) oder Ersatzpflichtiger für Kosten auf, so gehen dessen Leistungen vor. Wir erstatten in diesem Falle nur die etwa verbliebenen Restkosten.
- 15.1.4** Die Leistungen sind auf die jeweils festgelegten Höchstbeträge je Unfall begrenzt und nehmen an einer für andere Leistungsarten festgelegten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil (Ausschluss der Dynamik).
- 15.1.5** Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 15.1.6** Können Kosten mehreren Leistungsarten zugeordnet werden, ist die Gesamtleistung auf die Höhe der tatsächlich aufgewendeten Kosten und maximal auf die Summe der Höchstbeträge begrenzt.

15.2 Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe

15.2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

- 15.2.1.1** Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1 der AUB 2018
- 15.2.1.2** Die Beihilfe wird für Mehrkosten von medizinisch notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuren verwendet, die innerhalb von 3 Jahren nach einem Unfall für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen durchgeführt werden.
- 15.2.1.3** Die Voraussetzungen für die Leistung werden durch Vorlage eines ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen durch die BfA, die gesetzliche Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.
- 15.2.1.4** Mitversichert sind teilstationäre Maßnahmen, bei denen die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.
- 15.2.1.5** Nicht versichert sind
- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA),
 - Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
 - Berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
 - Sonstige vollstationäre Heilbehandlungen, für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) bei unserer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.

15.2.2 Höhe der Leistung

Die Leistung (Mehrkostenübernahme) für Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe ist auf 10.000 EUR begrenzt.

15.3 Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten

15.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen:

15.3.1.1 Der nach endgültiger Feststellung verbliebene Invaliditätsgrad beträgt mindestens 70%.

15.3.1.2 Die Umbauten oder der Umzug werden innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall durchgeführt.

15.3.2 Art und Höhe der Leistung:

15.3.2.1 Wir ersetzen die Kosten

- für den behindertengerechten Umbau des selbstbewohnten Hauses oder der selbstbewohnten Wohnung oder für den Umzug in ein anderes behindertengerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung.
- für die behindertengerechte Umrüstung oder die Ausstattung eines PKW.

15.3.2.2 Die Leistung für Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten ist auf 10% der Versicherungssumme für Invalidität (ohne Progression oder Mehrleistungen), höchstens auf 15.000 EUR begrenzt.

15.3.3 Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei unserer Gesellschaft, so können die Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

15.4 Komageld

15.4.1 Voraussetzung für die Leistung

15.4.1.1 Soweit anwendbar, gelten die Regelungen unter 3.1 der AUB 2018.

15.4.1.2 Die versicherte Person fällt in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt.

15.4.1.3 Der Komazustand tritt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein und wird durch ärztliche Atteste nachgewiesen.

15.4.1.4 Die Leistung wird fällig, wenn der Komazustand der versicherten Person beendet ist oder die maximale Anzahl von Tagen, für die geleistet wird, erreicht ist.

15.4.2 Dauer und Höhe des Leistung

Die Leistung für Komageld beträgt für die Dauer des Komas 20 EUR je Tag des Zustandes und ist auf 365 Tage begrenzt.

15.5 Gipsgeld

15.5.1 Voraussetzung für die Leistung

15.5.1.1 Soweit anwendbar, gelten die Regelungen unter 3.1 AUB 2018

15.5.1.2 Wir zahlen einmalig ein Gipsgeld in Höhe von 200 EUR, wenn aufgrund ärztlicher Anordnung ein Körperteil der versicherten Person unfallbedingt länger als 14 Tage ruhig gestellt wird.

Voraussetzung ist eine Ruhigstellung durch fest angebrachte Fixierungen wie Gips-, Cast- oder Zinkleimverbände, die:

- vom Arzt angelegt und wieder abgenommen werden,
- von der versicherten Person selbst nicht beschädigungslos abgenommen und wieder angelegt werden können,
- Tag und Nacht getragen werden müssen und entsprechende Unannehmlichkeiten z. B. bei der Körperhygiene oder beim Schlafen verursachen.

Für andere Systeme der Ruhigstellung, die ggf. auch gegen den ärztlichen Rat – von der versicherten Person ab – und wieder angelegt werden können, leisten wir kein Gipsgeld.

15.6 Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung

15.6.1 Rooming-In-Leistung

15.6.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Ein über diesen Vertrag versichertes Kind befindet sich in vollstationärer Heilbehandlung und ein Erziehungsberechtigter übernachtet im Krankenhaus mit dem Kind (Rooming-In).

15.6.1.2 Dauer und Höhe der Leistung

Die Leistung für Rooming-In beträgt pauschal 30 EUR je Übernachtung und ist auf 10 Übernachtungen begrenzt.

15.6.1.3 Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei unserer Gesellschaft, so kann die Rooming-In-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

15.6.2 Kindermädchen/Hilfe im Haushalt

15.6.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Ein sorgeberechtigter und über diesen Vertrag versicherter Elternteil ist aufgrund eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes oder des Unfalldes nicht in der Lage, die erforderliche Versorgung und Beaufsichtigung eines oder mehrerer Kinder zu gewährleisten. Das Kind hat bzw. die Kinder haben das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet.

15.6.2.2 Art, Dauer und Höhe der Leistung:

Wir übernehmen die Kosten für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter. Die Kostenleistung beträgt 50 EUR je Tag wird und längstens für die Dauer von 30 Tagen gezahlt.

15.6.2.3 Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei unserer Gesellschaft, so kann die Leistung für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.