

Ihre Unfallversicherung „Premium-Schutz“ im Überblick...

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

- in keinem Punkt schlechter sind als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (mit Stand Oktober 2010);
- die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 17.02.2010) empfohlen wurden.

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

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

Diese Leistung des Premium-Schutzes

	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer	
– Versichert sind Unfälle – weltweit. Wir leisten für Gesundheitsschädigungen, die durch Unfälle hervorgerufen werden.	6	1.2
– Keine Leistungsminderung bei Mitwirkung von Krankheiten/Gebrechen an den Unfallfolgen bis zu einem Mitwirkungsanteil von 50 %: Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Wenn bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die nach einem Unfall aufgetretenen Gesundheitsschädigungen erst hervorgerufen haben oder verschlimmern, wird unsere Leistung nicht gekürzt, wenn der Anteil der Krankheiten/Gebrechen an den Gesundheitsschäden unter 50 % liegt. Erst wenn der Mitwirkungsanteil darüber liegt, wird bei einer Invalidität der Invaliditätsgrad, in allen anderen Fällen die Leistung um diesen Anteil gekürzt.	13	6

A. Diese Leistungsarten können Sie versichern

– Invaliditätsleistung	6	2.1
– Invaliditäts-Kapitalleistung	6	2.1.3
– Unfallrente	6	2.1.4
– Krankenhaustagegeld	6	2.2
– Genesungsgeld (automatisch versichert, wenn Sie ein Krankenhaustagegeld gewählt haben)	7	2.3
– Todesfalleistung	7	2.4

B. Wichtige Fristen zur Invaliditätsleistung

– Für den Anspruch auf eine Invaliditätsleistung müssen folgende Fristen eingehalten werden: – Die Invalidität muss eingetreten sein innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall; – Die Invalidität muss ärztlich festgestellt sein innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall; – Sie müssen Ihren Anspruch auf Invaliditätsleistung geltend machen innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall.	6	2.1.1.1
---	---	---------

C. Erweiterungen des „Unfallbegriffs“

Mitversichert sind auch folgende Ereignisse und Gesundheitsschäden:

– Ertrinken;	6	1.4.1
– Tauchtypische Gesundheitsschäden z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung – wir leisten auch für die Behandlung in einer Dekompressionskammer;	6 8	1.4.1+ 3.2.1.3
– Erfrierungen;	6	1.4.2
– Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich;	6	1.4.3
– Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug (auch Ersticken);	6	1.4.4

Diese Leistung des Premium-Schutzes

finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer

– Bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschäden wegen der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen;	6	1.5
– Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, Staubwolken und Säuren (nicht aber Berufs-/Gewerbekrankheiten);	6	1.6
– Vergiftungen (durch Einnahme schädlicher Stoffe) – auch Nahrungsmittelvergiftungen sind versichert;	6	1.7
– Durch erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen verursachte – Bauch- oder Unterleibs- und Knochenbrüche, – Verrenkungen von Gelenken, – Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken, – sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, nicht aber Schädigung der Bandscheiben und Verletzungen an Kopf, Lunge und Herz und Blutungen innerer Organe;	6	1.8
– Oberschenkelhals- und Armbruch sind - unabhängig von der Ursache (also auch durch Krankheit) – versichert;	6	1.9
– Gesundheitsschädigungen durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme.	6	1.10

D. Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen

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

– Mitversicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen (beim Lenken von Kfz gilt die Mitversicherung bis zu einem Blutalkoholgehalt unter 1,3 ‰);	13	8.1.1 a)
– Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente;	13	8.1.1 b)
– Der Ausschluss „Geistes- und Bewusstseinsstörungen“ wird nicht angewendet bei – Herzinfarkt,	13	8.1.1 c)
– Schlaganfall,	13	8.1.1 c)
– Herz- oder Kreislaufstörungen,	13	8.1.1 d)
– epileptischen Anfällen und anderen Krampfanfällen;	13	8.1.1 e)
– Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen durch Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörung;	13	8.1.1
– Für eine Todesfalleistung bis zum Betrag von 5.000 EUR wird der Ausschluss „Geistes- und Bewusstseinsstörungen“ nicht angewendet (das gilt nicht beim Führen eines Kfz unter Alkoholeinfluss ab 1,3 ‰ Blutalkoholgehalt);	13	8.1.1
– Unfälle bei Raufereien und Schlägereien sind mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war;	13	8.1.2
– Unbefugter Gebrauch eines Kfz durch Minderjährige oder entmündigte Erwachsene;	13	8.1.2 a)
– Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper durch Minderjährige oder entmündigte Erwachsene – Voraussetzung ist jedoch, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde;	13	8.1.2 b)
– Kitesurfen;	13	8.1.4
– Fahrtveranstaltungen (bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt) sind versichert (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten und Sicherheitstrainings);	14	8.1.5 a)
– Gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Kartanlagen sind versichert (für Personen ab 16 - nur in Europa);	14	8.1.5 b)
– Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert;	14	8.2.2
– Versicherungsschutz besteht für – folgende Infektionen: Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus, Windpocken) nach einer Wartezeit von 3 Monaten, – Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut – Impfschäden nach einer Schutzimpfung (Wartezeit 3 Monate), – Infektionen durch geringfügige Haut-/Schleimhautverletzungen, wenn das ursächliche Ereignis innerhalb 4 Wochen angezeigt wurde (Wartezeit 3 Monate), – Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen einschließlich Blutvergiftungen und Wundinfektionen, – Nicht infektiös bedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme auf Grund einer solchen allergischen Reaktion gilt als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.	14	8.2.4.1
	14	8.2.4.1.2

Diese Leistung des Premium-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer	
E. Generell im Versicherungsschutz enthaltene Leistungsarten		
– Rehabilitations-Management-Serviceleistungen bis 10.000 EUR;	7	3.1
– Bergungskosten inklusive Rücktransportkosten ohne Begrenzung;	8	3.2
– Beihilfe für eine Kur (5.000 EUR) und <u>stationäre</u> Reha-Maßnahme (1.000 EUR);	8	3.3
– Sofortleistung bei bestimmten Schwerverletzungen bis 25.000 EUR;	8	3.4
– Zusätzliche Leistung bei Schwerverletzungen nach Hausbau/-kauf in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall – gestaffelt bis auf 25.000 EUR;	8	3.5
– Komageld: 30 EUR ab dem ersten Tag für längstens 3 Jahre;	8	3.6
– Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnersatzkosten für alle natürlichen Zähne bis 50.000 EUR;	8	3.7
– Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 %-iger Invalidität bis zu 50.000 EUR (z. B. für den Umbau von Kfz und Wohnung oder Umzug);	9	3.8
– Kostenbeteiligung – bis 3 Jahre nach dem Unfall – für – ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel (z. B. für Arm-/Beinprothese, Geh-/Stützapparate, Roll-/Krankenfahrstuhl), – künstliche Organe und Organtransplantationen;	9	3.9
– Umschulungsmaßnahmen – Kostenerstattung bei Durchführung einer staatlich anerkannten Umschulung wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit bis 20.000 EUR;	9	3.10
– Haushaltshilfegeld bis 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage;	9	3.11
– Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme (Kostenübernahme für die ersten 10 Sitzungen);	9	3.12
– Kosten für psychologische Unterstützung der versicherten Person werden bis 1.000 EUR übernommen, wenn Anspruch auf Sofortleistungen bei Schwerverletzungen besteht;	9	3.13
– Volle Kostenübernahme – bis 6 Monate – für Nachhilfeunterricht versicherter Kinder;	9	3.14
– Beistandsleistungen des Barmenia-Assistance-Centers (z. B. 24-Stunden-Informationsdienst und viele Hilfen bei Notfällen im In- und Ausland).	9	3.15
F. Familien-Vorsorgeversicherung		
– Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für Ihren Ehepartner ab Eheschließung und Ihre Kinder ab Geburt bzw. Adoption für 1 Jahr mit den Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, die für Sie vereinbart sind, höchstens 100.000 EUR für die Invaliditäts-Kapitalleistung und 1.000 EUR für die Unfallrente; – Dieser Schutz gilt auch für das ungeborene Leben; – Die unter E. beschriebenen Leistungen gelten auch für die Familien-Vorsorgeversicherung (mit 50 % der jeweils geltenden Leistungsgrenzen).	13	5
G. Der Versicherungsschutz kann ergänzt werden um folgende Leistungen (gegen Zusatzbeitrag)		
– Leistungsdynamik zur Unfallrente: Zahlen wir eine Unfallrente, so wird sie zum 01.01. jeden Jahres um 1,5 % erhöht;	10	4.1
– Extra-Leistung bei Knochenbrüchen bis 5.000 EUR;	10	4.2
– Schnelle Hilfeleistungen bis zu 6 Monate nach dem Unfall (Menüservice, Hausnotruf, Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen, Besorgungen und Einkäufe, Reinigung der Wohnung, Waschen und Pflegen der Wäsche, Körperpflege, Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme);	11	4.7
– Familienhilfe bis zu einem Monat nach dem Unfall: Organisation und Bezahlung einer Betreuungsperson für die – Kinderbetreuung und –versorgung, – Haushaltsführung; Die Betreuungsperson sorgt auch für die Mobilität der Kinder (Begleitung zur Tagesstätte, Kindergarten, Schule, Vereinssportveranstaltungen, organisierten entgeltlichen Kursen/Unterrichtsstunden, Arztterminen etc.).	12	4.8
H. Wichtige Obliegenheiten nach einem Unfall		
– Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seine Anordnungen befolgt werden (für die versicherte Person besteht aber keine Pflicht, sich einer Operation zu unterziehen) – außerdem müssen Sie uns informieren;	15	10.1
– Es gilt nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ein Arzt zu spät hinzugezogen wird;	15	10.1
– Die Anzeigefrist für einen Unfalltod beträgt eine Woche;	15	10.5
– Folgenlos bleibt eine versehentlich unterbliebene Anzeige bzw. Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, wenn diese nach Erkennen des Versehens unverzüglich nachgeholt wird.	15	11 b)

Diese Leistung des Premium-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer	
I. Beitragsfreistellung		
<ul style="list-style-type: none"> - Der Unfallschutz wird für mitversicherte minderjährige Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr beitragsfrei weitergeführt, wenn Sie <ul style="list-style-type: none"> - während der Vertragslaufzeit durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber durch Krieg/Bürgerkrieg) - Voraussetzung: Sie waren bei Vertragsabschluss jünger als 55 Jahre, - durch einen Unfall mindestens zu 50 % invalide werden; 	17	14.6.1
<ul style="list-style-type: none"> - Die Beitragsfreistellung gilt auch für den mitversicherten Ehe-/Lebenspartner bis zum 18. Lebensjahr des jüngsten versicherten Kindes. 	17	14.6.4
J. Sonstige Erweiterungen zu einzelnen Leistungsarten		
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Zur Invaliditätsleistung:</u> Ein Vorschuss bei laufendem Heilverfahren auf die zu erwartende Invaliditätsleistung ist möglich innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, ist ein Vorschuss bis zu einem Betrag von 15.000 EUR möglich (Voraussetzung: Die versicherte Person ist nicht in Lebensgefahr); 	16	12.3
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Zum Krankenhaustagegeld:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Das Krankenhaustagegeld wird ab dem 30. Tag auf 150 % erhöht; - Für Aufenthalte in Sanatorien im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zahlen wir für bis zu 60 Tage 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegeldes; - Wir leisten auch für Aufenthalte in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Reha dient; - Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze; - Das Krankenhaustagegeld wird verdoppelt bei einem Unfall und vollstationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland; 	7	2.2.2
<ul style="list-style-type: none"> - Für Aufenthalte in Sanatorien im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zahlen wir für bis zu 60 Tage 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegeldes; 	6	2.2.1.1 +
<ul style="list-style-type: none"> - Wir leisten auch für Aufenthalte in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Reha dient; 	7	2.2.2.2
<ul style="list-style-type: none"> - Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze; 	6	2.2.1.2
<ul style="list-style-type: none"> - Das Krankenhaustagegeld wird verdoppelt bei einem Unfall und vollstationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland; 	7	2.2.1.3
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Rooming-In für Kinder bis 14 Jahre:</u> Wird ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung; 	7	2.2.2.1
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Zum Genesungsgeld:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, wie Krankenhaustagegeld gezahlt wurde, längstens aber für 200 Tage; - Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze; - Ein Anspruch auf Zahlung des Genesungsgeldes besteht auch dann, wenn die versicherte Person noch vor Entlassung aus dem Krankenhaus stirbt; 	7	2.2.2.4
<ul style="list-style-type: none"> - Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, wie Krankenhaustagegeld gezahlt wurde, längstens aber für 200 Tage; 	7	2.3.2
<ul style="list-style-type: none"> - Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze; 	7	2.3.2
<ul style="list-style-type: none"> - Ein Anspruch auf Zahlung des Genesungsgeldes besteht auch dann, wenn die versicherte Person noch vor Entlassung aus dem Krankenhaus stirbt; 	7	2.3.3
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Zur Todesfallleistung:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Verschollenheit nach §§ 5 bis 7 Verschollenheitsgesetz gilt als Nachweis des Unfalltodes; - <u>Für minderjährige Kinder bei Unfalltod beider Eltern:</u> Sterben beide Eltern bei einem Unfallereignis und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppeln sich die vereinbarten Todesfallleistungen der Eltern. Die Mehrleistung ist begrenzt auf 60.000 EUR. 	7	2.4.1.1
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Für minderjährige Kinder bei Unfalltod beider Eltern:</u> Sterben beide Eltern bei einem Unfallereignis und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppeln sich die vereinbarten Todesfallleistungen der Eltern. Die Mehrleistung ist begrenzt auf 60.000 EUR. 	7	2.4.2.1

Barmenia- Unfallversicherungs- bedingungen – Premium-Schutz

Stand 01.04.2013

Inhaltsübersicht	Seite		Seite	Seite
Der Versicherungsumfang				
1 Was ist versichert?	6	4.4 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %-Staffel)	10	14.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	6	4.5 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (700 %-Staffel)	10	14.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
2.1 Invaliditätsleistung	6	4.6 Verbesserte Gliedertaxe für Mediziner	11	14.4 Lastschriftermächtigung als Geschäftsgrundlage/ Rechtzeitigkeit der Zahlung/ Kündigungsrecht bei Widerruf
2.1.3 Invaliditäts-Kapitalleistung	6	4.7 Hilfeleistungen	11	14.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
2.1.4 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %	6	4.8 Familienhilfe	12	14.6 Beitragsbefreiung
2.2 Krankenhaustagegeld	6	5 Familien-Vorsorgeversicherung	13	14.7 Beitragszuschläge zum Ausgleich des erhöhten Unfallrisikos ab dem 71. Lebensjahr
2.3 Genesungsgeld	7	6 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	13	
2.4 Todesfalleistung	7	7 Welche Personen sind nicht versicherbar?	13	Weitere Regelungen
2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)	7	8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	13	15 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
2.6 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik)	7	9 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	14	16 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
3 Welche Leistungsarten sind generell mitversichert?	7	10 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	15	17 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
3.1 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen	7	11 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	15	18 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
3.2 Bergungskosten	8	12 Wann sind die Leistungen fällig?	15	19 Bedingungsänderung
3.3 Beihilfe für eine Kur- und stationäre Reha-Maßnahme	8	Die Versicherungsdauer		20 Künftige Bedingungsverbesserungen
3.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen	8	13 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen? ...	16	21 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen
3.5 Erweiterte Leistung bei Schwerverletzungen nach Hausbau/-kauf	8	13.1 Beginn des Versicherungsschutzes	16	22 Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ empfohlenen Mindestleistungsstandards
3.6 Komageld	8	13.2 Dauer und Ende des Vertrages	16	23 Welches Gericht ist zuständig?
3.7 Kosten für kosmetische Operationen	8	13.3 Kündigung nach Versicherungsfall	16	24 Welches Recht findet Anwendung?
3.8 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	9	13.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen	16	25 Sanktions-/Embargoklausel
3.9 Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel	9	Der Versicherungsbeitrag		
3.10 Umschulungsmaßnahmen	9	14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	16	Anlage Tabellen zu den progressiven Invaliditätsstaffeln
3.11 Haushaltshilfegeld	9			
3.12 Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme	9			
3.13 Kosten für psychologische Unterstützung	9			
3.14 Kosten für Nachhilfeunterricht	9			
3.15 Beistandsleistungen des Barmenia-Assistance-Centers	9			
4 Welche Leistungserweiterungen können gegen zusätzlichen Beitrag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden?	10			
4.1 Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik)	10			
4.2 Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen	10			
4.3 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%-Staffel)	10			

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

1.3 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 Als Unfall gelten auch

1.4.1 das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung;

Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer sind im Rahmen der Bergungskosten (Ziffer 3.2) mitversichert.

1.4.2 Gesundheitsschäden durch Erfrierungen;

1.4.3 Gesundheitsschäden durch Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches;

1.4.4 unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug;

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

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

1.7 Mitversichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen der versicherten Person als Folge von Vergiftungen durch die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z. B. Nahrungsmittelvergiftungen).

1.8 Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung verursachte

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

Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe einschließlich Gehirmlutungen.

1.9 Oberschenkelhals- und Armbrüche gelten – unabhängig von der Ursache – als Unfälle.

1.10 Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme

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

1.11 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 6), nicht versicherbare Personen (Ziffer 7) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 8) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

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

- die Invaliditäts-Kapitalleistung (siehe Ziffer 2.1.3) und/oder
- die Unfallrente (siehe Ziffer 2.1.4).

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Bemessung des Invaliditätsgrades:

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

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Hand	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
Mittelfinger	10 %
Ringfinger	10 %
kleiner Finger	10 %
sämtliche Finger einer Hand, jedoch maximal ..	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis unterhalb des Knies	80 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
Fuß	70 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	80 %
Gehör auf einem Ohr	45 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Sprachvermögen	100 %
Beide Nieren	100 %
Niere, falls eine Niere bereits verloren/ völlständig funktionsunfähig war	100 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern bis 13 Jahre	20 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm – je	25 %
ein Lungenflügel	50 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

2.1.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.1 und Ziffer 2.1.2.2 zu bemessen.

2.1.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.3 Invaliditäts-Kapitalleistung – sofern vereinbart

2.1.3.1 Die Invaliditäts-Kapitalleistung errechnet sich aus der Versicherungssumme und dem nach Ziffer 2.1.2 ermittelten Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.3.2 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem auf Grund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.4 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % – sofern vereinbart

2.1.4.1 Hat der Unfall zu einem nach Ziffer 2.1.2 ermittelten unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt, wird die im Versicherungsschein festgelegte Unfallrente gezahlt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen und vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.1.4.2 Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 12.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

2.2 Krankenhaustagegeld – sofern vereinbart

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.2.1.1 Sanatoriumsaufenthalt

Bei unfallbedingtem Aufenthalt in Sanatorien wird das Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn dem Sanatoriumsaufenthalt ein unfallbedingter Krankenhausaufenthalt vorausging.

2.2.1.2 Aufenthalt in „gemischten Instituten“

Erfolgt die unfallbedingte Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der

Rehabilitation dient, so bleibt der Krankenhaustagegeldanspruch bestehen.

2.2.1.3 Ambulante Operationen

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

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Vom 30. Tag eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthalts an erhöht sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld um 50 %. Für Aufenthalte in Sanatorien gilt eine geringere Leistungshöhe und –dauer gemäß Ziffer 2.2.2.2.

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

2.2.2.2 Bei Aufenthalt in Sanatorien gemäß Ziffer 2.2.1.1 zahlen wir längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50 % des versicherten Krankenhaustagegeldes. Eine Mehrleistung gemäß Ziffer 2.2.2 und Ziffer 2.2.2.1 gilt hierfür nicht.

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

2.2.2.4 Rooming-In für die Kinder-Unfallversicherung:

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

2.3 Genesungsgeld – sofern vereinbart

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.2.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 200 Tage, und zwar für den 1. – 100. Tag in Höhe der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme, für den 101. – 200. Tag in Höhe von 25 % der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme.

2.3.3 Genesungsgeldanspruch bei Tod der versicherten Person

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

2.4 Todesfallleistung – sofern vereinbart

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 10.5 weisen wir hin.

2.4.1.1 Verschollenheit

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

2.4.2 Höhe der Leistung

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.4.2.1 Unfalltod beider Elternteile

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

2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

2.5.1 Sie können die vereinbarten Versicherungssummen für

- die Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.3),
- die Unfallrente (Ziffer 2.1.4),
- das Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.2) und
- die Todesfallleistung (Ziffer 2.4)

unter den in den Ziffern 2.5.2 und 2.5.3 genannten Voraussetzungen jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Dabei sind die Versicherungssummen für die Invaliditäts-Kapital- und Todesfallleistung auf volle 500 EUR, für die Unfallrente und für das Krankenhaustagegeld auf volle Euro zu runden. Der neue Beitrag wird aus den erhöhten Versicherungssummen berechnet.

2.5.2 Voraussetzungen für die Erhöhung der Versicherungssummen

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

2.5.3 Begrenzung der Erhöhungsmöglichkeit

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

2.6 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) – sofern vereinbart

2.6.1 Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditäts-Kapitalleistung, Unfallrente, Krankenhaustagegeld und Todesfallleistung, werden jährlich um jeweils 5 % erhöht. Die Versicherungssummen für die Invaliditäts-Kapital- und Todesfallleistung werden auf volle 500 EUR, für die Unfallrente und für das Krankenhaustagegeld auf volle Euro aufgerundet. Für alle anderen Leistungsarten erfolgt keine dynamische Erhöhung. Der Beitrag wird aus den neuen Versicherungssummen errechnet und erhöht sich somit im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

2.6.2 Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

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

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

Haben Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Sie können die Summendynamik jedoch neu beantragen.

2.6.5 Automatische Beendigung der Summendynamik für einzelne versicherte Personen

Die Vereinbarung über die Summendynamik endet – ohne dass eine ausdrückliche Kündigung erforderlich ist – nur für die jeweilige versicherte Person

- a) für die eine Unfallrente vereinbart ist und die Versicherungssumme hierfür den Höchstbetrag erreicht hat, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist. Gleichzeitig entfällt auch die Erhöhung der übrigen für die jeweilige versicherte Person vereinbarten Versicherungssummen.
- b) zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

3 Welche Leistungsarten sind generell mitversichert?

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

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

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

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

3.1 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen

3.1.1 Ist nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 auf Basis der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zu erwarten, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitations-Management-Serviceleistungen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen.

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

- In der ersten Leistungsphase wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfohlen.
- In der zweiten Leistungsphase werden für die versicherte Person umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskund-

chen und sozialen rehabilitativen Betreuung für die kommenden Monate oder Jahre erarbeitet.

- In der dritten Leistungsphase wird die versicherte Person auf Basis der in der zweiten Leistungsphase erarbeiteten Empfehlungen kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleitet.

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

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

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

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

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

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

3.2 Bergungskosten

3.2.1 Art der Leistungen

3.2.1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

3.2.1.2 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

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

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

3.2.1.5 Wir ersetzen bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unter-

bringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

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

3.3 Beihilfe für eine Kur- und stationäre Reha-Maßnahme

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung für eine Kurmaßnahme

3.3.1.1 Die versicherte Person hat

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

eine medizinisch notwendige Kur/einen medizinisch notwendigen Sanatoriumsaufenthalt durchgeführt. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

3.3.1.2 Höhe der Leistung für eine Kurmaßnahme

Die Beihilfe für eine Kur wird in Höhe von 5.000 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird die Regelung der Ziffer 6 entsprechend berücksichtigt.

3.3.2 Voraussetzungen für die Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme

Wir leisten auch eine Beihilfe, wenn die versicherte Person – unter den Voraussetzungen der Ziffer 3.3.1.1, die von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden – eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt hat. Im Gegensatz zu einer Kur steht bei einer Rehabilitationsmaßnahme die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund. Hierzu zählt auch die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer Krankenanstalt, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt.

3.3.2.1 Höhe der Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme

Die Beihilfe für eine stationär durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme wird in Höhe von 1.000 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird die Regelung der Ziffer 6 entsprechend berücksichtigt.

3.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

3.4.1 Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer im Folgenden genannten Verletzung, wird einmalig eine Sofortleistung in Höhe von 25.000 EUR gezahlt, sofern nicht der Tod innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- b) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;
- c) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades;
- d) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche;
- e) Erblindung;
- f) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
 - gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder

— Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens;
- Fraktur des Beckens;
- Fraktur der Wirbelsäule;
- gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs.

3.4.2 Die Sofortleistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als diese Sofortleistung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

3.5 Erweiterte Leistung bei Schwerverletzungen nach Hausbau/-kauf

3.5.1 Wenn Sie während der Gültigkeit des Versicherungsvertrages selbstgenutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, erhöht sich die nach Ziffer 3.4 versicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen für Sie und Ihren Ehe-/Lebenspartner, der mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt und unter Ihrer Anschrift gemeldet ist, (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) einmalig abhängig vom Jahr des Erwerbs/Baubeginns wie folgt um

- 25.000 EUR im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 20.000 EUR im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 15.000 EUR im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 10.000 EUR im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 5.000 EUR im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.

3.5.2 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Erwerb des Eigenheimes oder – wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war – mit Beginn der Bauarbeiten und endet zum frühesten der folgenden Termine

- a) mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
- b) mit Veräußerung des Eigenheimes,
- c) mit Beendigung der Unfallversicherung.

3.6 Komageld

Wir zahlen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 EUR für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person auf Grund des Unfalles in einem natürlichen oder künstlichen Koma befindet.

3.7 Kosten für kosmetische Operationen

Wir leisten Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

3.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

3.7.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

3.7.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

3.7.2 Höhe der Leistung:

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe von 50.000 EUR Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Zähnen entstanden sind.

3.8 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Hat der Unfall zu einem nach Ziffer 2.1.2 ermittelten unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt und wird auf Grund der Unfallfolgen

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

medizinisch notwendig, erstatten wir hierfür entstehende Kosten bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet bis zur Höhe von 50.000 EUR. Die Leistung wird bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht.

3.9 Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel

Werden auf Grund der Unfallfolgen

- Künstliche Gliedmaßen, künstliche Gelenke, künstliche Organe sowie Organtransplantationen,
- Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Gehhilfen, Rollstühle, Hörgeräte, Sehhilfen oder Sprechgeräte

medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, erstatten wir hierfür entstehende Kosten bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet. Die Leistung wird bei entsprechendem Nachweis über die medizinische Notwendigkeit und ärztliche Verordnung erbracht.

3.10 Umschulungsmaßnahmen

Hat der Unfall die Berufsunfähigkeit der versicherten Person zur Folge und absolviert sie daher eine staatlich anerkannte Umschulung, werden die Kosten hierfür bis zu 20.000 EUR erstattet. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außer Stande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

3.11 Haushaltshilfegeld

3.11.1 Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der den Haushalt versorgenden versicherten Person, zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 3.11.2 zu betreuen oder zu versorgen, übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe für bis zu 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage.

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

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

3.12 Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, auf Grund ärztlicher Anordnung psychologische Soforthilfe, werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen ersetzt.

Diese Leistung erbringen wir, auch ohne dass ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1 vorliegt. Der Abschluss gemäß Ziffer 8.2.5 gilt hierfür nicht.

3.13 Kosten für psychologische Unterstützung

Erleidet die versicherte Person einen schweren Unfall, der zu einem Anspruch auf Sofortleistung bei Schwerverletzungen gemäß Ziffer 3.4 führt, übernehmen wir für die versicherte Person die nachgewiesenen Kosten für psychologische Unterstützungsleistungen bis zu 1.000 EUR.

3.14 Kosten für Nachhilfeunterricht

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfalls in medizinisch notwendiger Heilbehandlung und kann nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlen wir die nachweislich angefallenen Kosten für erteilten Nachhilfeunterricht bis zu 6 Monate nach dem Unfall.

3.15 Beistandsleistungen des Barmenia-Assistance-Centers

Für die nachfolgenden Hilfeleistungen wenden Sie sich bitte an das Barmenia-Assistance-Center: Telefon (02 21) 82 77 96 09.

Das Barmenia-Assistance-Center wird von einem Dienstleister betrieben, den die Barmenia auswählt und mit der Ausführung der nachstehenden Beistandsleistungen beauftragt. Auf die besonderen Voraussetzungen (siehe Ziffer 3.15.11) und die Haftungsbeschränkungen (siehe Ziffer 3.15.12) weisen wir ausdrücklich hin.

3.15.1 24-Stunden-Informationsdienst

Das Barmenia-Assistance-Center steht Ihnen bzw. der versicherten Person 24 Stunden "Rund um die Uhr", 365 Tage im Jahr, in einer durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall der versicherten Person entstandenen Notsituation mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Allgemeine Beratung über Maßnahmen in Not-situationen;
- Auskünfte über Notdienste von Apotheken und Ärzten;
- Benennung – soweit möglich – von geeigneten Reha-Einrichtungen;
- Informationen über Einrichtungen zur Beschaffung von medizinischen Hilfsmitteln (Rollstuhl, Elektromobil etc.);
- Benennung von Unternehmen, die auf den behindertengerechten Umbau einer Wohnung/ eines Hauses spezialisiert sind, sofern der Unfall zu einer Schwerverletzung (z. B. Querschnittslähmung) geführt hat;
- Vermittlung psychologischer Betreuung nach einem Unfall, sofern der Unfall zu einer Invalidität über 30 % oder zum Tod einer versicherten Person geführt hat.

3.15.2 Botendienst für ärztlich verordnete Arzneimittel

Ist die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfall vom Arzt als arbeitsunfähig erklärt worden und muss sie auf ärztliche Anordnung hin für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden das Bett hüten, beauftragt das Barmenia-Assistance-Center einen Botendienst, der der versicherten Person die Medikamente zustellt und trägt die dabei anfallenden Botendienstkosten.

3.15.3 Versorgung von Haustieren

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfall in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden oder verstirbt die versicherte Person unfallbedingt und keiner der Mitbewohner ist physisch in der Lage, die Versorgung der

im Haushalt der versicherten Person befindlichen Haustiere zu übernehmen, vermittelt bzw. veranlasst das Barmenia-Assistance-Center während des Krankenhausaufenthaltes die Versorgung der Haustiere und übernimmt die dabei anfallenden Kosten bis maximal 25 EUR je Tag.

Die Übernahme erfolgt längstens für die Dauer von 14 Tagen.

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

Die vollstationäre Heilbehandlung auf Grund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

3.15.4 Informationen bei Unfällen im Ausland
Erleidet die versicherte Person im Ausland einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall, informiert das Barmenia-Assistance-Center auf Anfrage über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung. Soweit möglich benennt es einen deutsch oder englisch sprechenden Arzt. Auf Wunsch stellt das Barmenia-Assistance-Center den Kontakt zum Arzt selbst her.

3.15.5 Kontakt zwischen Arzt und Krankenhaus bei Unfällen im Ausland

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden im Ausland erlittenen Unfall in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung im Ausland, stellt das Barmenia-Assistance-Center auf Anfrage über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthaltes sorgt das Barmenia-Assistance-Center für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch werden auch die Angehörigen und/oder der Arbeitgeber der versicherten Person informiert.

3.15.6 Krankenbesuch bei Unfällen im Ausland
Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden im Ausland erlittenen Unfall in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung im Ausland für mindestens zehn aufeinanderfolgende Tage, organisiert das Barmenia-Assistance-Center auf Wunsch die Reise einer der versicherten Person nahe stehenden Person zum Ort des Krankenhauses und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes werden nicht ersetzt.

3.15.7 Kostenübernahme und Abrechnung mit der Krankenversicherung bei Unfällen im Ausland

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden im Ausland erlittenen Unfall in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung im Ausland, gibt das Barmenia-Assistance-Center, soweit erforderlich, eine Kostenübernahmegarantie bis zu 12.500 EUR ab. Das Barmenia-Assistance-Center übernimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenversicherer oder sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der vollstationären Heilbehandlung verpflichtet sind.

Soweit die vom Barmenia-Assistance-Center verauslagten Beträge nicht von einem Krankenversicherer oder Dritten übernommen werden, sind sie von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungstellung an das Barmenia-Assistance-Center zurückzuzahlen.

3.15.8 Krankenrücktransport bei Unfällen im Ausland

Ist nach einem unter diesen Vertrag fallenden im Ausland erlittenen Unfall der versicherten Person ein Rücktransport mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanzflugzeug) medizinisch erforderlich, organisiert das Barmeria-Assistance-Center den Rücktransport an den Wohnort der versicherten Person bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene Krankenhaus und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden Mehrkosten. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn dieser ärztlich angeordnet ist und eine ausreichende medizinische Versorgung vor Ort nicht gewährleistet werden kann und dadurch eine Gesundheitsschädigung oder -verschlechterung zu befürchten ist.

3.15.9 Bestattung/Überführung bei unfallbedingtem Tod im Ausland

Stirbt die versicherte Person auf Grund eines unter diesen Vertrag fallenden im Ausland erlittenen Unfalles im Ausland, organisiert das Barmeria-Assistance-Center auf Wunsch der Angehörigen die Bestattung im Ausland oder die Überführung des Verstorbenen zum Bestattungsort in Deutschland. Die hierfür anfallenden Kosten übernehmen wir im Rahmen der versicherten Bergungskosten gemäß Ziffer 3.2.

3.15.10 Rückholung von minderjährigen Kindern bei Unfällen im Ausland

Können mitreisende Kinder unter 14 Jahren auf einer Auslandsreise wegen eines unter diesen Vertrag fallenden erlittenen Unfalles der versicherten Person weder von der versicherten Person noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgt das Barmeria-Assistance-Center für deren Abholung und Rückfahrt mit einer Begleitperson (mit dem Zug, 1. Klasse, bzw. mit einem Linienflugzeug, Economy Class) zu ihrem ständigen Wohnsitz und übernimmt die hierdurch entstehenden Mehrkosten gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise.

3.15.11 Voraussetzungen/Obliegenheiten

Die Hilfeleistungen nach Ziffer 3.15.2 werden nur am ständigen Wohnsitz der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Die Hilfeleistungen nach den Ziffern 3.15.4

bis 3.15.10 finden Anwendung bei Reisen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und werden für die ersten 62 Tage dieser Reise gewährt.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung bezüglich der Hilfeleistungen nach den Ziffern 3.15.2 und 3.15.3 und 3.15.6 bis 3.15.10 besteht nur, wenn nach vorheriger Kontaktaufnahme mit dem Barmeria-Assistance-Center die Durchführung der Hilfe abgestimmt war. Dabei sind die Anweisungen des Barmeria-Assistance-Centers einzuholen, falls ein Unfall durch eine dritte Person verursacht wurde, um eventuelle Regressansprüche zu sichern.

Das Barmeria-Assistance-Center leistet im Zweifel vor, behält sich jedoch das Recht vor, nach Prüfung der Sachlage unberechtigte Leistungen zurückzuvorgängen.

Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, alle sachdienlichen Informationen an das Barmeria-Assistance-Center weiterzugeben, die eine Einschätzung über den Umfang der erforderlichen Hilfeleistung ermöglichen.

Die ärztlichen Belege und/oder Rechnungsbelege sind im Original vorzulegen.

3.15.12 Haftungsbeschränkungen

Wir haften nur für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit. Diese Beschränkung gilt nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit sowie für Schäden aus der Verletzung von

wesentlichen Vertragspflichten. Bei der leicht fahrlässigen Verletzung von wesentlichen Vertragspflichten ist unsere Haftung jedoch auf die vertragstypisch vorhersehbaren Schäden begrenzt.

Für die Leistungen der von uns nur vermittelten – gegebenenfalls in Ihrem Namen beauftragten – Beförderungsunternehmen und sonstigen unmittelbaren Leistungserbringer übernehmen wir keine Haftung.

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

Auf besondere Vereinbarung können Sie Ihren Versicherungsschutz um die nachstehend genannten Leistungserweiterungen gegen zusätzliche Beitragszahlung ergänzen. Es gelten jeweils nur die Leistungserweiterungen als vertraglich vereinbart, die im Versicherungsschein dokumentiert sind.

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

Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.1.4, erhöhen wir zum 1.1. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 %, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

4.2 Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen – sofern vereinbart

4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person erleidet einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall, der den Bruch der in der nachfolgenden Tabelle genannten Knochen zur Folge hat. Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt werden. Der Anspruch auf diese Leistung erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, unter Vorlage eines ärztlichen Berichtes geltend gemacht wird. Der Anspruch erlischt auch, wenn die versicherte Person in Folge eines Unfalls stirbt, bevor der Anspruch geltend gemacht wurde.

4.2.2 Höhe der Leistungen

Es gilt eine Versicherungssumme von 5.000 EUR. Die Höhe der Leistung errechnet sich aus dieser Versicherungssumme nach den Leistungsprozent-sätzen, die gemäß Ziffer 4.2.3 den verletzten Knochen zugeordnet sind.

4.2.3 Leistungsprozentatz

Schädeldach, Schädelbasis	100 %
Gesichtsschädel (ohne Nasenbein)	30 %
Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
Schulterblatt, Schlüsselbein, Brustbein, eine oder mehrere Rippen	20 %
Arm einschließlich Hand (ohne Finger)	30 %
Ein Finger oder mehrere Finger	10 %
Becken (ohne Steißbein)	100 %
Steißbein	10 %
Bein einschließlich Fuß (ohne Zehen)	30 %
Eine Zehe oder mehrere Zehen	10 %

Mehrfache Verletzungen eines Knochens werden so behandelt, als wäre nur eine einzige Verletzung eingetreten. Sind mehrere Knochen verletzt, für die insgesamt in der Tabelle ein einziger Leistungsprozentatz ausgewiesen ist, so wird dieser auch nur einmal für die Leistungsberechnung angesetzt. Sind durch den Unfall mehrere der in der Tabelle aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die jeweiligen Leistungsprozentätze zusammengerechnet. Mehr

als 100 % – maximal 5.000 EUR – werden jedoch nicht angenommen.

4.2.4 Ausschluss der Dynamik

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

4.2.5 Beendigung des Versicherungsschutzes für Knochenbrüche

Diese Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen enden – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet.

4.3 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%-Staffel) – sofern vereinbart

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitaleistung (Ziffer 2.1.3) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

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

4.4 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %-Staffel) – sofern vereinbart

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitaleistung (Ziffer 2.1.3) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- für den 20 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 20 %, nicht aber 40 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
 - für den 40 %, nicht aber 60 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme;
 - für den 60 %, nicht aber 80 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätssumme;
 - für den 80 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zehnfache Invaliditätssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

4.5 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (700 %-Staffel) – sofern vereinbart

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitaleistung (Ziffer 2.1.3) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

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

4.6 Verbesserte Gliedertaxe für Mediziner – sofern vereinbart

4.6.1 In Abänderung von Ziffer 2.1.2.1 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit ausschließlich folgende Invaliditätsgrade:

Arm	100 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
Hand	100 %
Daumen	60 %
Zeigefinger	60 %
Mittelfinger	20 %
Ringfinger	20 %
kleiner Finger	20 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis unterhalb des Knies	80 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
Fuß	70 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	80 %
Gehör auf einem Ohr	45 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Sprachvermögen	100 %
Beide Nieren	100 %
Niere, falls eine Niere bereits verloren/ vollständig funktionsunfähig war	100 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern bis 13 Jahre	20 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm – je	25 %
ein Lungenflügel	50 %
Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.	

4.6.2 Die verbesserte Gliedertaxe für Mediziner gemäß Ziffer 4.6.1 gilt, solange die versicherte Person die im Vertrag dokumentierte Berufstätigkeit oder Beschäftigung ausübt. Sie entfällt mit dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person diese Tätigkeit oder Beschäftigung aufgibt, spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Es wird dann die Gliedertaxe nach Ziffer 2.1.2.1 zu Grunde gelegt, und der Beitrag ändert sich entsprechend. Im Übrigen gilt bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung Ziffer 9.2.

4.7 Hilfeleistungen – sofern vereinbart

4.7.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

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

4.7.1.2 Die Hilfeleistungen werden für die Dauer erbracht, die die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.7.1.1 hilfsbedürftig ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet.

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

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

4.7.2 Art und Umfang der Leistungen

4.7.2.1 Menüservice

Die versicherte Person kann Menüs aus einem Menüsortiment frei auswählen. Die Menüs werden jeweils in Wochenblocks à sieben Mahlzeiten (eine Mahlzeit pro Tag) geliefert. Bei Bedarf wird auch für Kühl- und Wärmeeinrichtungen gesorgt. Die Kosten für das Menü tragen wir.

4.7.2.2 Hausnotruf

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt, und wir sorgen für die technische Umsetzung.

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

Die versicherte Person wird begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden und Ärzten unumgänglich ist. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung. Die für die versicherte Person selbst anfallenden Fahrtkosten tragen Sie.

4.7.2.4 Besorgungen und Einkäufe bis zu zweimal je Woche

Hierzu zählen

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

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

4.7.2.5 Reinigung der Wohnung einmal je Woche
Hierzu zählt das Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche).

Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

4.7.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung einmal pro Woche

Hierzu zählen

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

4.7.2.7 Entspricht die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person außerdem mindestens

der Pflegestufe 1 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegepflichtversicherung), dann werden folgende Leistungen erbracht:

4.7.2.7.1 Ganzwaschung

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

4.7.2.7.2 Teilwaschung

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

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

Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme (vor Aufnahme der Pflege)

- Feststellung der Pflegeprobleme
- Feststellung der Ressourcen des Pflegebedürftigen
- Planung der Pflegeeinsätze
- Gespräch mit Angehörigen/Arzt
- Informationen über weitere Hilfen
- inkl. Hausbesuchspauschale

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

4.7.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen

4.7.3.1.1 Betreut die versicherte Person ihren Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, dann erbringen wir die Hilfeleistungen im Rahmen der Ziffer 4.7.1 und 4.7.2 sowie Ziffer 4.7.4 auch für diese Person (Pflegebedürftiger). Voraussetzung ist, dass für den Pflegebedürftigen vor dem Unfallereignis eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung anerkannt wurde, die zum Unfallzeitpunkt noch bestand.

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

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

4.7.3.2 Dauer der Leistung

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

4.7.4 Fälligkeit der Hilfeleistungen

Haben Sie uns gegenüber die Hilfsbedürftigkeit schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.7.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen.

Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Hilfeleistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung von Hilfeleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden.

In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Hilfeleistungen.

4.7.5 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen

Die Regelungen der Ziffer 6 gelten nicht für die Hilfeleistungen.

4.7.6 Beitragsanpassung

Bei Erhöhung des sich aus dem Tarif ergebenden Beitrages für die Hilfeleistungen sind wir berechtigt, für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versicherungsverträge den Beitrag für diese Leistungsart mit Wirkung vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an bis zur Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform über Ihr Kündigungsrecht informieren.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung die Vereinbarung über die Mitversicherung der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.7.8 kündigen.

4.7.7 Vermindert sich der Tarifbeitrag, verpflichten wir uns, den Beitrag vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

4.7.8 Kündigung der Mitversicherung der Hilfeleistungen

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

4.8 Familienhilfe – sofern vereinbart

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Familienhilfe.

4.8.1 Voraussetzung für die Familienhilfe

4.8.1.1 Im Haushalt der versicherten Person leben Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls

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

4.8.1.2 Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.8.1.1 zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Familienhilfe.

Nach dem individuellen Bedarf erbringen wir Leistungen aus der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.8.2 und berücksichtigen dabei,

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

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

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Wir wählen einen Dienstleister aus, der in unserem Auftrag die folgenden Serviceleistungen erbringt.

4.8.2 Leistungen der Familienhilfe

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.8.1.1.

4.8.2.1 Kinderbetreuung und -versorgung

Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung). Wir versorgen die Kinder in den Bereichen

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Kleiden und Betten

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

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

4.8.2.2 Leistungen der Haushaltsführung

Erbringen wir Leistungen zur Kinderversorgung, so erbringen wir darüber hinaus – wenn erforderlich – Leistungen in den Bereichen

- Kochen,
- Einkaufen und Besorgungen,
- Wäsche und
- Wohnungsreinigung.

Alle anfallenden Materialkosten (z. B. für Lebens- oder Reinigungsmittel, Strom, Wasser, etc.) tragen Sie.

4.8.2.3 Mobilitätsleistung

Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu

- der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule,
- Vereinssportveranstaltungen sowie organisierten und entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
- Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen,

in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Haushalt der versicherten Person. Die für die Kinder selbst anfallenden Fahrtkosten tragen Sie.

4.8.2.4 Körperpflege

Entspricht die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person mindestens der Pflegestufe 1 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegepflichtversicherung), so kann die Betreuungsperson bei Bedarf auch die Körperpflege der versicherten Person im folgenden Umfang übernehmen:

- a) Ganzwaschung
- Waschen, Duschen, Baden

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

4.8.3 Dauer der Leistung

4.8.3.1 Wir erbringen die Leistungen der Familienhilfe (Ziffer 4.8.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.8.1.2 Abs. 1 nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von vier Wochen vom Unfalltag an gerechnet.

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

4.8.4 Obliegenheiten

Ergänzend zur Ziffer 10 gilt folgende Obliegenheit:

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

4.8.4.2 Wird diese Obliegenheit schuldhaft verletzt, können wir nach Maßgabe der Regelungen der Ziffer 11 zur Kürzung der Leistung oder zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei sein.

4.8.5 Fälligkeit der Familienhilfe

Haben Sie uns gegenüber den Bedarf für versicherte Leistungen schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Leistungen gemäß Ziffer 4.8.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen. Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Leistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung der Leistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Leistungen.

4.8.6 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen

Die Regelungen der Ziffer 6 gelten nicht für die Familienhilfe.

4.8.7 Beitragsanpassung

Bei Erhöhung des sich aus dem Tarif ergebenden Beitrages für die Familienhilfe sind wir berechtigt, für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versicherungsverträge den Beitrag für diese Leistungsart mit Wirkung vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an bis zur Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform über Ihr Kündigungsrecht informieren.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung die Vereinbarung über die Mitversicherung der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.8.9 kündigen.

4.8.8 Vermindert sich der Tarifbeitrag, verpflichten wir uns, den Beitrag vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

4.8.9 Kündigung der Mitversicherung der Familienhilfe

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

5 Familien-Vorsorgeversicherung

5.1 Sind Sie als Versicherungsnehmer zugleich versicherte Person, so ist, wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages die Ehe schließen, Ihr Ehegatte gemäß Ziffern 5.2 bis 5.4 vorübergehend ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert, sofern uns dieses Ereignis innerhalb von drei Monaten angezeigt wird. Das Gleiche gilt, wenn ein Kind geboren wird oder wenn ein Kind adoptiert wird.

Auch Ihre ungeborenen Kinder sind während der Schwangerschaft für den Fall von Gesundheitsschäden infolge einer direkten Unfallwirkung oder eines Unfalles der – auch über diese Familien-Vorsorgeversicherung – versicherten Mutter versichert.

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

5.3 Sind für Sie Leistungserweiterungen gemäß Ziffer 4 vereinbart (beispielsweise Progressions- und Mehrleistungsmodelle, verbesserte Glieder-taxe), so gelten diese nicht für den Ehegatten und die Kinder.

5.4 Die unter Ziffer 3 genannten Leistungsarten gelten dagegen auch für diese Familien-Vorsorgeversicherung. Soweit für die Leistungen Entschädigungsgrenzen gelten, besteht über diese Familien-Vorsorgeversicherung Versicherungsschutz in Höhe von 50 % dieser Entschädigungsgrenzen.

6 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
- Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

Diese Regelungen werden nicht angewendet in den Fällen

- von Oberschenkelhals- und Armbrüchen (Ziffer 1.9);
- von nicht oder falsch verabreichten Medikamenten infolge Entführung/Geiselnahme gemäß Ziffer 1.10;
- der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.7;
- der Familienhilfe-Serviceleistungen gemäß Ziffer 4.8.

7 Welche Personen sind nicht versicherbar?

7.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung.

7.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 7.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

7.3 Der für diese Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

8.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

8.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn

- a) die Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit verursacht ist; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt;
- b) die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten hervorgerufen wird; Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Medikamente entsprechend den Anweisungen des Arztes eingenommen wurden.
- c) die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde; die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.
- d) die Bewusstseinsstörung durch Herz- oder Kreislaufstörungen oder durch die zum Unfallzeitpunkt am Unfallort herrschenden Witterungsbedingungen verursacht wurde;
- e) der Unfall durch einen epileptischen Anfall oder anderen Krampfanfall, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, hervorgerufen wird;
- f) die Störungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

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

Die Ausschlüsse gemäß Ziffer 8.1.1 werden wir nicht anwenden für eine vereinbarte Todesfallleistung. Dies gilt bis zu einem Betrag von 5.000 EUR. Voraussetzung hierfür ist, dass beim Lenken von Kraftfahrzeugen kein Blutalkoholgehalt von 1,3 Promille erreicht wird.

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

Mitversichert sind jedoch Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person an den Gewalt-

tätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

Versicherungsschutz bieten wir jedoch für Minderjährige sowie entmündigte Erwachsene,

- a) wenn die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248 b Strafgesetzbuch). Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde;
- b) wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates früher zu verlassen.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.

Sie gilt auch nicht

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
- für Unfälle durch ABC-Waffen
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

8.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als **Luftfahrzeugführer** (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- **bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit;**
- **bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.**

Nicht versichert ist daher z. B. das Führen von Ultraleichtflugzeugen oder das Fallschirmspringen. Ebenso besteht kein Versicherungsschutz als sonstiges Besatzungsmitglied von Luftfahrzeugen (z. B. als Flugbegleiter) oder bei mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübender beruflicher Tätigkeit (z. B. für Luftaufnahmen oder zur Verkehrsüberwachung).

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

8.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazuge-

hörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle

- a) bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie Sicherheitstrainings),
- b) infolge von einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor- oder Crosskart-Anlage, wobei es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Diese Erweiterung gilt innerhalb Europas und für Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.

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

8.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis die überwiegende Ursache ist.

8.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Mitversichert sind jedoch Gesundheitsschäden durch

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

8.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren. Werden infolge solcher unfallbedingter Heilmaßnahmen oder Eingriffe wiederum Gesundheitsschäden durch Infektionen verursacht, sind diese abweichend von Ziffer 8.2.4 ebenfalls mitversichert. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gehört nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.

8.2.4 Infektionen.

- 8.2.4.1 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- a) folgende Infektionskrankheiten: Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus, Windpocken;
 - b) Impfschäden bei Schutzimpfungen;
 - c) Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut,
 - d) Infektionen durch Tierbisse;
 - e) Infektionen, auch Wundinfektionen und Blutvergiftungen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sind, in den Körper gelangten;
 - f) Hat ein Unfall nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen zur Folge, besteht Versicherungsschutz nur, wenn uns das ursächliche Un-

fallereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wird.

Für a), b) und f) gilt:

Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden nach a), b) und f) besteht erst, wenn die erstmalige Diagnose der Erkrankung durch einen Arzt frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines erfolgt.

8.2.4.1.1 Die in diesen Versicherungsbedingungen bei den einzelnen Leistungsarten (Ziffer 2) genannten Fristen beginnen in den Fällen der Ziffer 8.2.4.1 a) bis e) nicht mit dem Unfall (z. B. mit dem Zeitpunkt des Insektenstichs), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

8.2.4.1.2 Versicherungsschutz bieten wir auch für nicht infektionsbedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Wird auf Grund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

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

8.2.4.2.1 Für Unfallversicherungen von

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

gilt:

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

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

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

- b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität
 - innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

8.2.4.2.2 Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren gilt:

- a) Voraussetzungen für die Leistung:
 - aa) Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

bb) Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der nachfolgend bestimmten Arten in den Körper gelangt sind:

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

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

b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

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

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

9 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

9.1 Umstellung des Kindertarifs

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Über den neuen Beitrag werden wir Sie rechtzeitig vor diesem Zeitpunkt informieren. Sie können der mit der Tarifänderung verbundenen Beitragsänderung innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unserer Information über die Umstellung in Textform widersprechen. Ohne fristgerechten Widerspruch gilt die Beitragsänderung als genehmigt. Hierauf werden wir Sie in unserer Information besonders hinweisen. Im Fall Ihres fristgerechten Widerspruchs wird der Vertrag mit dem bisherigen Beitrag fortgesetzt und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

9.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

9.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist das nachfolgend unter Ziffer 9.2.2 stehende Verzeichnis der beruflichen Tätigkeiten/Beschäftigungen mit erhöhter Unfallgefahr.

Sobald eine versicherte Person eine der unter Ziffer 9.2.2 aufgeführten Berufstätigkeiten oder Beschäftigungen ausübt, müssen Sie uns das unverzüglich mitteilen (dies gilt auch für die Ausübung eines freiwilligen Wehrdienstes). Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

9.2.1.1 Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich und wird bei Erkennen dieser Pflichtverletzung die Anzeige unverzüglich nachgeholt, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme gemäß Ziffer 9.2.3 nicht ein. Ist die neue Beschäftigung nach Ziffer 9.2.2.2 nicht versicherbar, endet der Vertrag rückwirkend mit Beendigung des bisherigen Berufes.

9.2.1.2 Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist.

9.2.2 Verzeichnis der Berufstätigkeiten/Beschäftigungen mit erhöhter Unfallgefahr

9.2.2.1 Versicherte Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben, können nur mit verringerten Versicherungssummen bzw. gegen Zahlung eines erhöhten Beitrages versichert werden (siehe Ziffern 9.2.3 und 9.2.4):

- Bauarbeiter und –helfer – jegliche (auch Abbrucharbeiter)
- Bergleute (Übertage- und Untertage-tätige)
- Berufskraftfahrer
- Chemiarbeiter
- Dachdecker
- Feuerwehrleute
- Fleischer/Metzger/Fleisch- und Fischverarbeiter
- Gerüstbauer
- Gleisbauer
- Holzfäller
- Kurierfahrer (auch Fahrradkurriere)
- Mechaniker für „schweres Gerät“ (z. B. Lkw, Großmaschinen)
- Schornsteinfeger
- Schreiner/Tischler/Zimmerer
- Stahlbauer/Stahlkocher, -schmied und -walzer
- Tiefbauarbeiter (auch Gleis- und Straßenbau)
- Tierärzte
- Tierarztshelfer
- Tierpfleger
- Vollzugspersonal bei Zoll und Polizei

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

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

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/Beschäftigung gemäß Ziffer 9.2.2.2 aufnimmt und damit nicht mehr

versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung.

9.2.3 Errechnen sich auf Grund einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung gemäß Ziffer 9.2.2.1 bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

9.2.4 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen.

9.2.5 Gilt für eine versicherte Person wegen Ausübung einer Berufstätigkeit oder Beschäftigung gemäß Ziffer 9.2.2.1 ein erhöhter Beitrag bzw. verringerte Versicherungssummen, so entfällt diese Einschränkung automatisch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Wird jedoch der gefahrerhöhende Beruf trotz Erreichens dieser Altersgrenze weiter fortgeführt, sind Sie nur dann verpflichtet, uns dies mitzuteilen, wenn wir Sie danach gefragt haben.

Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

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

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

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

10.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

10.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 2 % der für die versicherte Person geltenden Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung, höchstens jedoch 500 EUR pro Unfallereignis. Ist für die versicherte Person als Invaliditätsleistung nur eine Unfallrente (Ziffer 2.1.4) vereinbart, so erstatten wir einen festen

Betrag in Höhe von 20 % eines Monatsrentenbetrages, höchstens 500 EUR pro Unfallereignis.

10.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen oder wahlweise selbst zu beauftragen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

10.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von einer Woche zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Frist beginnt, sobald Sie oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit der Unfallursächlichkeit haben.

Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

11 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Bei vorsätzlicher Verletzung einer nach Eintritt eines Unfalles zu erfüllenden Obliegenheit nach Ziffer 10 brauchen wir nicht zu leisten.

Wird eine Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

- a) wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
- b) wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde,
- c) wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war,
- d) wenn wir es unterlassen hatten, Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die vorgenannten Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung hinzuweisen.

Der Versicherungsschutz entfällt trotz nachgewiesener fehlender Ursächlichkeit gemäß c), wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

12 Wann sind die Leistungen fällig?

12.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

12.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, kann ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 15.000 EUR verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

12.4 Neufeststellung der Invalidität

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

Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens

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

12.4.2 Das Verlangen einer Neubemessung können

- Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 12.4.1 oder
- wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 12.1

aussprechen.

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

12.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

**13 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?**

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

13.2 Dauer und Ende des Vertrages
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen. Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

Während der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit ist die Kündigung ohne Einhaltung einer Frist nur zum Ablauf möglich. Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres können Sie den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist jeweils zum Ende eines Versicherungsmonats in Textform kündigen.

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

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

13.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

13.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

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

14.1 Beitrag und Versicherungsteuer

14.1.1 Beitragszahlung

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge entweder durch laufende Zahlungen monatlich, viertel-, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag im Voraus gezahlt. Entsprechend der Vereinbarung über laufende Zahlungen umfasst die Versicherungsperiode einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Bei einem Einmalbeitrag ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr.

14.1.2 Versicherungsteuer

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

14.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

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

14.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes bei Zahlungsverzug

Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem in Ziffer 14.2.1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem die Zahlung bewirkt ist. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

14.2.3 Zahlung bei abweichendem Versicherungsschein

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

14.2.4 Rücktritt

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht zu dem maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt gemäß Ziffer 14.2.1 oder Ziffer 14.2.3 gezahlt, so können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

14.2.5 Leistungsfreiheit des Versicherers

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht zu dem nach Ziffer 14.2.1 oder Ziffer 14.2.3 maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt zahlen, so sind wir für einen vor Zahlung des Beitrages eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht haben.

Die Leistungsfreiheit tritt jedoch nicht ein, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

14.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

14.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Ein Folgebeitrag wird zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraums bewirkt ist.

14.3.2 Schadenersatz bei Verzug

Sind Sie mit der Zahlung eines Folgebeitrages in Verzug, sind wir berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

14.3.3 Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht nach Mahnung

14.3.3.1 Wir werden Sie bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrages auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung bestimmen (Mahnung). Die Mahnung ist nur wirksam, wenn wir je Vertrag die rückständigen Beträge des Beitrages, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und außerdem auf die Rechtsfolgen – Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht – auf Grund der nicht fristgerechten Zahlung hinweisen.

14.3.3.2 Tritt nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Versicherungsfall ein und sind Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung des Beitrages oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

14.3.3.3 Wir können nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung in Textform kündigen, sofern Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug sind.

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

14.3.4 Zahlung des Beitrages nach Kündigung
Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leisten. Für Versicherungsfälle, die nach dem Zugang der Kündigung aber vor erfolgter Beitragszahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz (siehe Ziffer 14.3.3.2).

14.4 Lastschriftermächtigung als Geschäftsgrundlage/ Rechtzeitigkeit der Zahlung/ Kündigungsrecht bei Widerruf

14.4.1 Pflichten des Versicherungsnehmers

a) Voraussetzung und Geschäftsgrundlage für den Abschluss und den Fortbestand des Versicherungsvertrages ist, dass wir von Ihnen oder von einer anderen Person zum Einzug des jeweils fälligen Beitrages von Ihrem bzw. deren Bankkonto im Wege des Lastschriftverfahrens ermächtigt wurden und diese Ermächtigung aufrechterhalten wird. Zur Sicherstellung des erfolgreichen Beitragsinzugs im Lastschriftverfahren haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass Ihr Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages eine ausreichende Deckung aufweist.

b) Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

14.4.2 Kündigungsrecht bei Widerruf

Ermächtigung zum Lastschrifteinzug
Wird die Lastschrift-Einzugsermächtigung widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.

14.4.3 Änderung des Zahlungsweges

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

14.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

14.6 Beitragsbefreiung

14.6.1 Die Versicherung der im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder wird – sofern der Vertrag noch nicht gekündigt war – beitragsfrei weitergeführt, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages

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

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

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

14.6.3 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird im Fall der Ziffer 14.6.1 a) neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

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

14.7 Beitragszuschläge zum Ausgleich des erhöhten Unfallrisikos ab dem 71. Lebensjahr

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen. Danach ist die Weiterführung der Versicherung für die versicherte Person nur gegen zusätzlichen Beitrag möglich: Die vereinbarten Beiträge einzelner Leistungsarten erhöhen sich für Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, alle 5 Jahre, erstmals zum Beginn des Versicherungsjahres, das auf den 70. Geburtstag der versicherten Person folgt.

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

Weitere Regelungen

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

15.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

15.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

16 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

16.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu

schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

16.2 Rücktritt

16.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

16.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

16.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

16.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

16.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kön-

nen wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

16.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

16.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

17 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

17.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

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

18.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

18.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

19 Bedingungsänderung

Wir sind berechtigt, einzelne Regelungen dieser Unfallversicherungsbedingungen mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn die Voraussetzungen nach den Ziffern 19.1 bis 19.3 erfüllt sind:

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

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

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

19.4 Durchführung der Anpassung
Die nach den Ziffern 19.1 bis 19.3 zulässigen Änderungen werden Ihnen in Textform bekannt gegeben und erläutert. Sie finden Anwendung, wenn wir Ihnen die Änderung sechs Wochen vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform auf Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 19.5 hinweisen.

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

dens der Bedingungsanpassung.

20 Künftige Bedingungsverbesserungen

Ändert die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die „Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz“ ausschließlich zu Ihren Gunsten, ohne dass dafür ein Zusatzbeitrag berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen ab ihrem Gültigkeitstag auch für diesen Vertrag für alle ab diesem Zeitpunkt neu eintretenden Leistungsfälle.

21 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die Leistungen die dieser Unfallversicherung zu Grunde liegenden „Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz“ Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (Stand Oktober 2010).

22 Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ empfohlenen Mindestleistungsstandards

Wir garantieren Ihnen, dass unsere „Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz“ die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 17.02.2010) empfohlen wurden. (Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften. Der Arbeitskreis empfiehlt Risikoanalysen und Mindestleistungsstandards für die Vermittler.)

23 Welches Gericht ist zuständig?

23.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

23.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

24 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

25 Sanktions-/Embargoklausel

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

Anlage zu den Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz

Sofern Sie für eine Invaliditäts-Kapitalleistung eine progressive Invaliditätsstaffel vereinbart haben, finden sie in dieser Anlage die jeweiligen Tabellen, aus denen Sie ablesen können, welcher Leistungsprozentsatz sich durch die Progression für die jeweiligen Invaliditätsgrade ergibt.

1. Tabelle für die Unfallversicherung mit 350 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.3:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 350 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 350 %-Staffel
1	1	1	51	51	105
2	2	2	52	52	110
3	3	3	53	53	115
4	4	4	54	54	120
5	5	5	55	55	125
6	6	6	56	56	130
7	7	7	57	57	135
8	8	8	58	58	140
9	9	9	59	59	145
10	10	10	60	60	150
11	11	11	61	61	155
12	12	12	62	62	160
13	13	13	63	63	165
14	14	14	64	64	170
15	15	15	65	65	175
16	16	16	66	66	180
17	17	17	67	67	185
18	18	18	68	68	190
19	19	19	69	69	195
20	20	20	70	70	200
21	21	21	71	71	205
22	22	22	72	72	210
23	23	23	73	73	215
24	24	24	74	74	220
25	25	25	75	75	225
26	26	28	76	76	230
27	27	31	77	77	235
28	28	34	78	78	240
29	29	37	79	79	245
30	30	40	80	80	250
31	31	43	81	81	255
32	32	46	82	82	260
33	33	49	83	83	265
34	34	52	84	84	270
35	35	55	85	85	275
36	36	58	86	86	280
37	37	61	87	87	285
38	38	64	88	88	290
39	39	67	89	89	295
40	40	70	90	90	300
41	41	73	91	91	305
42	42	76	92	92	310
43	43	79	93	93	315
44	44	82	94	94	320
45	45	85	95	95	325
46	46	88	96	96	330
47	47	91	97	97	335
48	48	94	98	98	340
49	49	97	99	99	345
50	50	100	100	100	350