

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2020) UnfallTarif24 (Fassung 01.01.2023)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und der Versicherungsbestätigung legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. **Sie sind wichtige Dokumente.**

Ausschließlich die in der jeweils aktuellen Versicherungsbestätigung vereinbarten Leistungen gelten als versichert. Nicht aufgeführte bzw. nicht vereinbarte Leistungen gelten als nicht versichert.

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

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

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

Bitte beachten Sie bei der Auswahl des Versicherungsschutzes unbedingt zusätzlich noch die Tarifbestimmungen und den Auszug aus den Leistungen zum UnfallTarif24.

Ihr Sachpool-Team

Wer ist wer im UnfallTarif24?

Versicherungsnehmer

Beim UnfallTarif24 handelt es sich um einen Gruppenversicherungsvertrag. Versicherungsnehmer dieses Gruppenversicherungsvertrages ist die SACHPOOL-Service GbR.

Kunde

Sie als Antragsteller sind unser Kunde und somit unser Vertragspartner.

Versicherte Person

Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das Können Sie selbst und andere Personen sein.

Versicherer/Risikoträger

Versicherer und somit Risikoträger ist die VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund. Angaben zum Versicherer gemäß VVG-InfoV finden Sie unter www.volkswohl-bund.de. **Ausschließlich diese Gesellschaft erbringt die vertraglich vereinbarten Leistungen.**

Administration/Verwaltung

Die Administration/Verwaltung der Unfallversicherung wird über die SACHPOOL GmbH abgewickelt. Eine vertraglich vereinbarte Leistung nach einem Unfall erhalten Sie direkt vom Versicherer/Risikoträger.

Vermittlung

Der Versicherungsschutz wird von unabhängigen Versicherungsmaklern über die SACHPOOL GmbH an den Versicherer/Risikoträger vermittelt. Weder die SACHPOOL GmbH noch ein unabhängiger Versicherungsmakler sind Versicherer/Risikoträger dieses Gruppenversicherungsvertrages.

Datenschutz

Der Schutz Ihrer Persönlichkeitsrechte ist uns sehr wichtig. Das gilt auch und vor allem im Umgang mit Ihren persönlichen Daten. Unsere aktuellen Datenschutzinformationen finden Sie unter: <https://www.sachpool.de/ueber-uns/datenschutz.php>.

Inhaltsverzeichnis AUB 2020

1. Was ist versichert?

- 1.1 Grundsatz
- 1.2 Geltungsbereich
- 1.3 Unfallbegriff
- 1.4 Erweiterter Unfallbegriff

2. Welche Leistungsarten können versichert werden?

- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Unfallrente
- 2.3 Unfallrente SeniorenPLUS mit Rentengarantie
- 2.4 Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte
- 2.5 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld
- 2.6 Genesungsgeld
- 2.7 Unfalltod (Todesfalleistung)
- 2.8 Schulausfallgeld
- 2.9 Bergungs- und Rettungskosten
- 2.10 Ambulante Hilfeleistung
- 2.11 Familienhilfe Plus für Kinder (Kinder-Tarif)
- 2.12 Familienhilfe Plus für Erwachsene
- 2.13 Reha-Management
- 2.14 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- 2.15 Kurkostenbeihilfe
- 2.16 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung (Modell 2)
- 2.17 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch
- 2.18 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene oder Adoptivkinder und Partner

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

- 3.1 Krankheiten und Gebrechen
- 3.2 Mitwirkung

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle
- 5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen

6. Was müssen Sie beachten?

- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- 6.3 Umstellung des Seniorentarifs in den Einzelunfall-Tarif für Senioren ab 75 Jahre bzw. nach Vollendung des 80. Lebensjahres

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9. Wann sind die Leistungen fällig?

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
- 10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen
- 10.5 Versicherungsjahr
- 10.6 Widerrufsrecht des Antragstellers

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschiftermächtigung
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
- 11.7 Beitragsanpassung

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

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
- 13.2 Rücktritt
- 13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung
- 13.4 Ausübung unserer Rechte
- 13.5 Anfechtung

14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

15. Welches Gericht ist zuständig?

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

17. Welches Recht findet Anwendung?

Inhaltsverzeichnis Besondere Bedingungen - UnfallTarif24

Variante Exklusiv

1. Rooming-in-Leistungen für minderjährige Kinder
2. Leistenbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung
3. Unfalltod im zweiten Jahr nach dem Unfallereignis
4. Todesfalleistung bei Verschollenheit
5. Unfall-Krankenhaustagegeld
6. Genesungsgeld
7. Unfälle durch Bewusstseinsstörung
8. Unfälle Minderjähriger infolge unerlaubten Fahrens und Führens eines PKW
9. Unfälle mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern
10. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse
11. Fahrveranstaltungen mit Motorfahrzeugen
12. Gesundheitsschäden durch Tierbisse
13. Gesundheitsschäden durch Vergiftungen
14. Gipsgeld
15. Knochenbruchklausel
16. Terrorklausel
17. Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag
18. Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit
19. Keine Nachteile gegenüber den GDV-Musterbedingungen
20. Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse
21. Künftige Bedingungsverbesserungen

Variante Premium (zusätzlich zu Exklusiv)

22. Erweiterter Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung – Immunklausel
23. Gipsgeld
24. Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit
25. Rooming-in-Leistungen für minderjährige Kinder
26. Sorglos Paket
 - 26.1 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen
 - 26.2 Gesundheitsschäden durch Vergiftungen
 - 26.3 Rooming-in-Leistungen für Partner
 - 26.4 Einwirkung von Strahlen
 - 26.5 Unfälle durch Bewusstseinsstörungen
 - 26.6 Meldefrist bei Unfalltod
 - 26.7 Kündigung des Vertrages
 - 26.8 Besitzstandsgarantie

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

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

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrages

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

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

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

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

1.4.2 Dämpfe und Gase

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.3 Tauchunfälle

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

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

1.4.4 Ertrinken, Ersticken

Versicherungsschutz besteht auch bei unfreiwilligem Ertrinken und Ersticken der versicherten Person.

1.4.5 Erfrieren

Versicherungsschutz besteht auch bei Erfrierungen.

1.4.6 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

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

1.4.7 Gewalttätige Auseinandersetzungen

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

1.4.8 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

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

1.4.9 Sonnenbrand oder Sonnenstich

Versicherungsschutz besteht auch bei Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

1.4.10 Gesundheitsschädigungen durch Impfungen

Versicherungsschutz besteht auch für Gesundheitsschädigungen durch Impfungen, wenn der Impfschaden frühestens 1 Monat nach Beginn der Versicherung und spätestens 1 Monat nach der Beendigung der Versicherung eintritt.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Als Nachweis für den Impfschaden genügt uns eine behördliche Anerkennung.

1.4.11 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3.2) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

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

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrer Versicherungsbestätigung und deren Nachträgen genannt sind.

Falls für Sie oder eine mitversicherte Person mehrere Unfallversicherungen beim Versicherer/Risikoträger bestehen, können die im Rahmen dieser Bedingungen mitversicherten beitragsfreien Leistungen nur einmal in Anspruch genommen werden.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung

Die Invalidität ist innerhalb von

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

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

Geltend machen heißt: Sie teilen uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

2.1.1.3 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlt der Versicherer/Risikoträger eine Todesfallleistung (Ziffer 2.7), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20% zahlt der Versicherer/Risikoträger 20.000 Euro.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade gemäß der vertraglich mit Ihnen vereinbarten Gliedertaxe.

- **Gliedertaxe L**

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

- **Gliedertaxe XL**

Arm	75%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75%
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	70%
Hand	70%
Daumen	25%
Zeigefinger	16%
anderer Finger	10%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis unterhalb des Knies	60%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50%
Fuß	50%
große Zehe	10%
andere Zehe	5%
Auge	50%
Milz	10%
eine Niere	20%
beide Nieren	100%

Unfall ist Zufall – Absicherung nicht

Gehör auf einem Ohr	40%
Gehör auf beiden Ohren	80%
Stimme	45%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	10%

- **Gliedertaxe XXL**

Arm oberhalb des Handgelenks	80%
Hand	75%
Daumen	35%
Zeigefinger	25%
anderer Finger	15%
für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	75%
Bein oberhalb des Fußgelenks	80%
Fuß	70%
große Zehe	20%
andere Zehe	10%
ein Auge	60%
beide Augen, oder wenn die Sehkraft auf dem anderen Auge bereits verloren war	100%
Milz	10%
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20%
Lungenflügel	50%
Gallenblase	10%
Magen	20%
Zwölffinger-, Dünn-, Dick oder Enddarm	25%
eine Niere	25%
beide Nieren, oder wenn die andere Niere bereits verloren war	100%
Gehör auf einem Ohr	45%
Gehör auf beiden Ohren, oder wenn das Gehör auf dem anderen Ohr bereits verloren war	100%
Stimme	100%
Geruchssinn	20%
Geschmackssinn	20%

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70% bei einer vereinbarten Gliedertaxe L. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das bei einer vereinbarten Gliedertaxe L einen Invaliditätsgrad von 7% (= ein Zehntel von 70%).

2.1.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.1 und Ziffer 2.1.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.3), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.1.2.4 Progressive Invaliditätsstufen und Mehrleistungen

Zur Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt.

- **Modell 225**

- Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die in der Versicherungsbestätigung festgelegte Invaliditäts-Grundsumme.
- Für den 25% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt.

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

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

- **Modell 350**

- Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die in der Versicherungsbestätigung festgelegte Invaliditäts-Grundsumme.
- Für den 25% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt.

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

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

- **Modell 500**

- Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die in der Versicherungsbestätigung festgelegte Invaliditäts-Grundsumme.
- Für den 25% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die nachstehende Tabelle zugrunde gelegt.

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

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

- **Modell ML90**

Der Versicherer/Risikoträger zahlt die doppelte Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- der Unfall führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%,
- der Unfall hat sich vor Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person ereignet.

Die über die einfache Invaliditätsleistung hinausgehende Invaliditätsleistung wird für jede versicherte Person auf 150.000 Euro beschränkt, auch wenn mehrere Verträge bei einem Versicherer/Risikoträger bestehen.

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

- a) Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.
- b) Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.
- c) Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer/Risikoträger zahlt die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Sofern vereinbart, verdoppelt sich bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 90% die festgelegte monatliche Unfallrente.

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

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Der Versicherer/Risikoträger zahlt die Unfallrente

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

2.2.3.2 Der Versicherer/Risikoträger zahlt die Unfallrente bis zum Ende des dritten Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, aber vor Ablauf von 10 Jahren Rentenbezug, zahlt der Versicherer/Risikoträger die Unfallrente so lange weiter, bis 10 Jahre Rentenbezug (vom Unfallmonat an gerechnet) erreicht sind.
- wir bzw. der Versicherer/Risikoträger Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist.

Wir bzw. der Versicherer/Risikoträger sind berechtigt die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern.

Wenn Sie uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit solange, bis die Bescheinigung vorliegt.

2.3 Unfallrente SeniorenPLUS mit Rentengarantie (gültig für die Tarife 155 und 158)

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall hat zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% geführt.

2.3.2 Höhe der Leistung

Der Versicherer/Risikoträger zahlt unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die monatliche Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 90% verdoppelt sich die monatliche Unfallrente, bei 100% Invaliditätsgrad zahlt der Versicherer/Risikoträger die 3-fache monatliche Unfallrente.

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

2.3.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.3.3.1 Die Unfallrente zahlt der Versicherer/Risikoträger

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

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

- die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung aber vor Ablauf von 10 Jahren Rentenbezug und vor dem vollendeten 85. Lebensjahr, zahlt der Versicherer/Risikoträger die Unfallrente so lange weiter, bis 10 Jahre Rentenbezug (vom Unfallmonat an gerechnet) erreicht sind, längstens jedoch bis zum vollendeten 85. Lebensjahr.
- wir bzw. der Versicherer/Risikoträger Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist.

2.3.4 Kapitalabfindungsoption

2.3.4.1 Wahlrecht

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

Über die Kapitalabfindungsoption werden wir bzw. der Versicherer/Risikoträger Sie informieren. Wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang dieser Information die Kapitalabfindung verlangen, zahlt der Versicherer/Risikoträger die monatliche Unfallrente. Eine Kapitalabfindung ist dann nicht mehr möglich.

2.3.4.2 Höhe der Kapitalabfindung

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

2.4 Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte

2.4.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen ununterbrochen

- bis zum Ablauf von 3 Monaten vom Unfalltag an gerechnet um 100 Prozent oder
- bis zum Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.

Die Leistung ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger geltend zu machen.

2.4.2 Sofortleistung für Schwerverletzte

2.4.2.1 Die vereinbarte Übergangsleistung wird unabhängig von vorgenannten Voraussetzungen bereits dann gezahlt, wenn die versicherte Person durch einen Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erleidet:

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

und nicht innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall verstirbt.

2.4.2.2 Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres nach dem Unfall.

2.4.3 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung beträgt im Falle der Ziffer 2.2.1 a) die Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme. Im Falle der Ziffer 2.2.1 b) zahlt der Versicherer/Risikoträger die vereinbarte Versicherungssumme oder, falls eine Leistung nach Ziffer 2.2.1 a) bereits erbracht wurde, die Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung (auch in gemischten Instituten).

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Unfall-Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.5.3 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches Koma), zahlt der Versicherer/Risikoträger ein Komageld in Höhe des Unfall-Krankenhaustagegeldes für jeden Tag, an dem sich die versicherte Person in einem Koma befindet, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Sind gleichzeitig die Voraussetzungen für die Zahlung des Unfall-Krankenhaustagegeldes und des Komageldes erfüllt, so erfolgt nur die Zahlung des Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.5.4 Leistung für ambulante Operationen

Wenn die versicherte Person wegen eines Unfalls ambulant operiert wird und deswegen für mindestens sieben Tage, vom Tag der Operation an gerechnet, ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. falls sie nicht berufstätig ist, vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt ist, wird einmal je Unfall für sieben Tage Unfall-Krankenhaustagegeld gezahlt.

2.6 Genesungsgeld

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.6.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die der Versicherer/Risikoträger Unfall-Krankenhaustagegeld leistet, längstens für 2 Jahre.

2.7 Unfalltod (Todesfalleistung)

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.7.2 Höhe der Leistung

2.7.2.1 Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.7.2.2 Dreifache Todesfalleistung bei Unfalltod von Eltern

Hinterlassen die Eltern, die zum Zeitpunkt des Unfalls beide im UnfallTarif24 versichert sein müssen, auf Grund Unfalltod infolge desselben Unfalls mindestens ein minderjähriges leibliches Kind oder Adoptivkind und steht den hinterbliebenen Kindern durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfalleistung zu, zahlt der Versicherer/Risikoträger die 3-fache Versicherungssumme für Unfalltod, maximal 100.000 €.

2.8 Schulausfallgeld

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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

2.8.2 Dauer der Leistung

Das Schulausfallgeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltage an gerechnet, gezahlt.

2.8.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

2.9 Bergungs- und Rettungskosten

2.9.1 Art der Leistungen

Der Versicherer/Risikoträger ersetzt 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 ersetzt der Versicherer/Risikoträger auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Der Versicherer/Risikoträger ersetzt die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer.

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

Bei einem Unfall im Ausland ersetzt der Versicherer/Risikoträger die zusätzlich entstehenden angemessenen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzt der Versicherer/Risikoträger die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzt der Versicherer/Risikoträger die Kosten für die Bestattung im Ausland bis zu 5.000 € oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.9.2 Höhe der Leistungen

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer/Risikoträger nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an den Versicherer/Risikoträger halten.

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei der gleichen Gesellschaft bestehen.

2.10 Ambulante Hilfeleistungen

2.10.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.10.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall

Wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt, erbringt der Versicherer/Risikoträger durch einen vom Versicherer/Risikoträger beauftragten Dienstleister die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.10.3 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.10.1.2 Hilfe bei Unfalltod

Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, haben der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie deren im selben Haushalt lebenden Kinder Anspruch auf psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.10.4 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.10.1.3 Die Hilfeleistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

2.10.2 Dauer und Umfang der Leistungen

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach den folgenden Bestimmungen und nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit.

Die einmaligen Leistungen (Erstgespräch, Hausnotruf, Pflegeschulung für Angehörige, Pflegeberatung durch den Dienstleister, Tag- und Nachtwache, Vermittlung von Pflegehilfsmitteln, Vermittlung einer Haustierbetreuung, Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst, Vermittlung von Beratung für Umbau von Wohnung/Haus/Kfz, Pflegeplatzgarantie) werden innerhalb von sechs Monaten erbracht.

Unfall ist Zufall – Absicherung nicht

Die Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung werden für bis zu sechs Monaten erbracht.

Die Grundpflege und die psychosoziale Betreuung werden für bis zu vier Wochen erbracht.

2.10.2.2 Der Zeitraum für die Erbringung der Leistungen wird

- im Falle eines Unfalls vom Unfalltag
- im Falle eines Unfalldods vom Sterbetag

an gerechnet.

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

2.10.2.4 Wird uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringt der Versicherer/Risikoträger wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf die Leistungsprüfung des Versicherers/Risikoträgers für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellt der Versicherer/Risikoträger die Hilfeleistungen ein.

Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen trägt der Versicherer/Risikoträger.

2.10.3 Hilfeleistungen

2.10.3.1 Erstgespräch

In einem telefonischen Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen/Betreuern und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird festgestellt, welche Hilfeleistungen die versicherte Person benötigt.

2.10.3.2 Hausnotruf

Wenn die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung/im Haus der versicherten Person eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger eingerichtet, über die der vom Versicherer/Risikoträger beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist.

Die Kosten für die Anlage und ihre Einrichtung trägt der Versicherer/Risikoträger. Die laufenden Kosten sind auf sechs Monate, vom Unfall an gerechnet, begrenzt. Die Kosten für den Abbau der Anlage trägt der Versicherer/Risikoträger, wenn er bis zum Ablauf von sechs Monaten, vom Unfall an gerechnet, durchgeführt wird. Andernfalls werden sie von der versicherten Person getragen.

2.10.3.3 Menüservice

Die versicherte Person erhält je nach organisatorischer Machbarkeit einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder jeden Tag eine Hauptmahlzeit. Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten trägt der Versicherer/Risikoträger.

2.10.3.4 Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal pro Woche für jeweils bis zu 2 Stunden werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen erledigt. Anfallende Gebühren und die Kosten trägt die versicherte Person. Die Kosten für den Boten trägt der Versicherer/Risikoträger.

2.10.3.5 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

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

2.10.3.6 Reinigung der Wohnung

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

2.10.3.7 Wäsche und Kleidung

Waschen, trocknen und bügeln der Wäsche der versicherten Person einmal pro Woche, bis zu 3 Stunden. Dabei wird die Wäsche auch ausgebessert, sortiert und eingeräumt. Auch die Schuhe werden gepflegt.

2.10.3.8 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult.

2.10.3.9 Pflegeberatung durch den Dienstleister

Wenn der versicherten Person Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zustehen, so wird sie bzw. ihre Angehörigen/Betreuern über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.10.3.10 Grundpflege

Wenn die versicherte Person wegen des Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach § 15 Absatz 1 Sozialgesetzbuch - elftes Buch - gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege, An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird so lange erbracht, bis die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens vier Wochen, bis zu 21 Stunden pro Woche.

2.10.3.11 Tag- und Nachtwache

Wenn die versicherte Person nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder einer unfallbedingten ambulanten Operation nach Hause zurückkehrt und aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden muss, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache.

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

2.10.3.12 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Es werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z.B. Gehhilfen, Rollstuhl, vermittelt.

2.10.3.13 Vermittlung einer Haustierbetreuung

Es wird die Betreuung der Haustiere der versicherten Person vermittelt. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere wie z.B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische und nicht für Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.10.3.14 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

Der Versicherer/Risikoträger vermittelt die Pflege des Gartens und Schneeräumarbeiten, wenn die versicherte Person wegen des Versicherungsfalles hierbei Unterstützung benötigt.

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

Es wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der versicherten Person vermittelt.

2.10.3.16 Pflegeplatzgarantie

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

2.10.3.17 Ambulante Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades des Versicherten:

Wenn die versicherte Person unfallbedingt ganz oder teilweise außerstande ist, die Betreuung des bis zum Unfall ihm bereits in häuslicher Pflege betreuten ehelichen/eingetragenen oder nicht ehelichen Lebenspartners oder Verwandten 1. Grades mit anerkannter Pflegestufe fortzuführen, erhält auch dieser die versicherten ambulanten Hilfeleistungen. Voraussetzung ist, dass der zu Pflegenden mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt.

2.10.4 Psychosoziale Betreuung

Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, erhalten der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie deren im selben Haushalt lebenden Kinder psychosoziale Betreuung bis zu 3 Stunden in der Woche, begrenzt auf einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen.

2.10.5 Beitragsanpassung

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

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer/Risikoträger dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt.

Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

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

2.11 Familienhilfe Plus für Kinder (Kinder-Tarif)

2.11.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.11.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall

Wenn das versicherte Kind infolge eines Unfalles zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt oder die Familie wegen bzw. für die erforderliche Versorgung des verunfallten Kindes im Haushalt Hilfe benötigt, erbringt der Versicherer/Risikoträger durch einen vom Versicherer/Risikoträger beauftragten Dienstleister die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.11.4 bzw. 2.11.5 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.11.1.2 Hilfebedürftigkeit durch eine Krebserkrankung

Sofern in diesem Vertrag für das versicherte Kind die Leistung "Soforthilfe bei Krebserkrankung" mitversichert ist und hieraus ein Leistungsanspruch entsteht, erbringt der Versicherer/Risikoträger durch einen vom Versicherer/Risikoträger beauftragten Dienstleister ebenfalls Hilfeleistungen nach Ziffer 2.11.4 bzw. 2.11.5 gemäß den nachfolgenden Bedingungen. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind durch die Erkrankung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt oder die Familie wegen bzw. für die erforderliche Versorgung des Kindes im Haushalt Hilfe benötigt.

2.11.1.3 Hilfe bei Unfalltod

Ist das versicherte Kind infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, haben die Familienmitglieder Anspruch auf psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.11.6 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.11.1.4 Die Hilfeleistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

2.11.2 Wer gilt als Familienmitglied?

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

2.11.3 Dauer und Umfang der Leistungen

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach den folgenden Bestimmungen und nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit.

2.11.3.1 Die einmaligen Hilfeleistungen (Erstgespräch, Pflegeschulung für Angehörige, Pflegeberatung durch den Dienstleister, Tag- und Nachtwache, Vermittlung von Pflegehilfsmitteln, Vermittlung einer Haustierbetreuung, Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst, Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz) werden innerhalb von sechs Monaten erbracht.

Die Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung werden für bis zu sechs Monaten erbracht.

Die Grundpflege, psychosoziale Betreuung und Familienbetreuung werden für bis zu vier Wochen erbracht.

2.11.3.2 Der Zeitraum für die Erbringung der Leistungen wird

- im Falle eines Unfalls vom Unfalltag
- im Falle einer Krebserkrankung vom Tag der Diagnosestellung
- im Falle eines Unfalltods vom Sterbetag

an gerechnet.

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

2.11.3.4 Wird uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringt der Versicherer/Risikoträger wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf die Leistungsprüfung des Versicherers/Risikoträgers für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellt der Versicherer/Risikoträger die Hilfeleistungen ein.

Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen trägt der Versicherer/Risikoträger.

2.11.4 Hilfeleistungen

2.11.4.1 Erstgespräch

In einem telefonischen Erstgespräch mit den Erziehungsberechtigten, ggf. unter Einbeziehung des versicherten Kindes und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird festgestellt, welche Hilfeleistungen das versicherte Kind benötigt.

2.11.4.2 Menüservice

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

Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten trägt der Versicherer/Risikoträger.

Alternativ erstattet der Versicherer/Risikoträger die Kosten von selbst gekauften Speisen gegen Vorlage der jeweiligen Belege, maximal bis zu 6 € täglich pro Person und Mahlzeit.

2.11.4.3 Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal pro Woche für jeweils bis zu 2 Stunden werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen erledigt. Anfallende Gebühren und die Kosten tragen wir bzw. der Versicherer/Risikoträger nicht. Die Kosten für den Boten trägt der Versicherer/Risikoträger.

2.11.4.4 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

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

2.11.4.5 Reinigung der Wohnung

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

2.11.4.6 Wäsche und Kleidung

Waschen, trocknen und bügeln der Wäsche des versicherten Kindes und seiner Familienmitglieder einmal pro Woche, bis zu 3 Stunden. Dabei wird die Wäsche auch ausgebessert, sortiert und eingeräumt. Auch die Schuhe werden gepflegt.

2.11.4.7 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn das versicherte Kind von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult.

2.11.4.8 Pflegeberatung durch den Dienstleister

Wenn dem versicherten Kind Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zustehen, so werden seine Erziehungsberechtigten über die wegen der in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.11.4.9 Grundpflege

Wenn das versicherte Kind in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach § 15 Absatz 1 Sozialgesetzbuch - elftes Buch - gegeben sind, erhält es zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege, An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird so lange erbracht, bis das versicherte Kind Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens vier Wochen, bis zu 21 Stunden pro Woche.

2.11.4.10 Tag- und Nachtwache

Wenn das versicherte Kind nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation nach Hause zurückkehrt und aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden muss, erhält es nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache.

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

2.11.4.11 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Es werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z.B. Gehhilfen, Rollstuhl, vermittelt.

2.11.4.12 Vermittlung einer Haustierbetreuung:

Es wird die Betreuung der Haustiere des versicherten Kindes bzw. dessen Familienmitglieder vermittelt. Das gilt nur für gewöhnliche Haustiere wie z.B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische und nicht für Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung nötig ist.

2.11.4.13 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

Der Versicherer/Risikoträger vermittelt die Pflege des Gartens und Schneeräumarbeiten, wenn die Familie wegen der erforderlichen bzw. für die erforderliche Versorgung des verunfallten Kindes hierbei Unterstützung benötigt.

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

Es wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der Familie des versicherten Kindes vermittelt.

2.11.5 Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege)

An Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Grundpflege, Tag- und Nachtwache kann für das versicherte Kind und seine minderjährigen Geschwister eine Familienbetreuung bis zu 8 Stunden täglich, jedoch höchstens für vier Wochen, in Anspruch genommen werden. Die Leistungen werden zwischen 6 Uhr und 22 Uhr erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung des Kindes und seiner minderjährigen Geschwister niemand zur Verfügung steht.

Die Betreuung

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

2.11.6 Psychosoziale Betreuung

Ist das versicherte Kind infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, erhalten die Familienmitglieder psychosoziale Betreuung bis zu 3 Stunden in der Woche, begrenzt auf einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen.

2.11.7 Beitragsanpassung

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

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer/Risikoträger dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt.

Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

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

2.12 Familienhilfe Plus für Erwachsene

2.12.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.12.1.1 Hilfebedürftigkeit durch einen Unfall

Wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt, erbringt der Versicherer/Risikoträger durch einen vom Versicherer/Risikoträger beauftragten Dienstleister die Hilfeleistungen nach Ziffer 2.12.4 bzw. 2.12.5 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.12.1.2 Hilfebedürftigkeit durch eine schwere Erkrankung

Sofern in diesem Vertrag für die versicherte Person die Leistung "Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung" mitversichert ist und hieraus ein Leistungsanspruch entsteht, erbringt der Versicherer/Risikoträger durch einen vom Versicherer/Risikoträger beauftragten Dienstleister ebenfalls Hilfeleistungen nach Ziffer 2.12.4 bzw. 2.12.5 gemäß den nachfolgenden Bedingungen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person durch die Erkrankung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt.

2.12.1.3 Hilfe bei Unfalltod

Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, haben die Familienmitglieder Anspruch auf Familienbetreuung nach Ziffer 2.12.5 und psychosoziale Betreuung nach Ziffer 2.12.6 gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.12.1.4 Die Hilfeleistungen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

2.12.2 Wer gilt als Familienmitglied?

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

2.12.3 Dauer und Umfang der Leistungen

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach den folgenden Bestimmungen und nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit.

2.12.3.1 Die einmaligen Hilfeleistungen (Erstgespräch, Pflegeschulung für Angehörige, Pflegeberatung durch den Dienstleister, Tag- und Nachtwache, Vermittlung von Pflegehilfsmitteln, Vermittlung einer Haustierbetreuung, Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst, Vermittlung einer Beratung für behindertengerechten Umbau von Wohnung/Haus/Kfz, Pflegeplatzgarantie) werden innerhalb von sechs Monaten erbracht.

Die Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung werden für bis zu sechs Monaten erbracht.

Die Grundpflege, psychosoziale Betreuung und Familienbetreuung werden für bis zu vier Wochen erbracht.

2.12.3.2 Der Zeitraum für die Erbringung der Leistungen wird

- im Falle eines Unfalls vom Unfalltag
- im Falle einer schweren Erkrankung vom Tag der Diagnosestellung
- im Falle eines Unfalltods vom Sterbetag

an gerechnet.

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

2.12.3.4 Wird uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger die Hilfebedürftigkeit schlüssig dargelegt, erbringt der Versicherer/Risikoträger wegen der gebotenen Eile die Hilfeleistungen ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Hilfeleistungen hat daher keinen Einfluss auf die Leistungsprüfung des Versicherers/Risikoträgers für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass eine leistungspflichtige Hilfebedürftigkeit nicht vorliegt, stellt der Versicherer/Risikoträger die Hilfeleistungen ein.

Die Kosten für die bis dahin erbrachten Hilfeleistungen trägt der Versicherer/Risikoträger.

2.12.4 Hilfeleistungen

2.12.4.1 Erstgespräch

In einem telefonischen Erstgespräch mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen/Betreuern und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird festgestellt, welche Hilfeleistungen die versicherte Person benötigt.

2.12.4.2 Menüservice

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

Die Mahlzeiten können aus einem Menüangebot ausgewählt werden. Die Kosten für die Mahlzeiten trägt der Versicherer/Risikoträger.

Alternativ erstattet der Versicherer/Risikoträger die Kosten von selbst gekauften Speisen gegen Vorlage der jeweiligen Belege, maximal bis zu 6 € täglich pro Person und Mahlzeit.

2.12.4.3 Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal pro Woche für jeweils bis zu 2 Stunden werden Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen erledigt. Anfallende Gebühren und die Kosten trägt die versicherte Person. Die Kosten für den Boten trägt der Versicherer/Risikoträger.

2.12.4.4 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

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

2.12.4.5 Reinigung der Wohnung

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

2.12.4.6 Wäsche und Kleidung

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

2.12.4.7 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult.

2.12.4.8 Pflegeberatung durch den Dienstleister

Wenn der versicherten Person Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung zustehen, so wird sie bzw. ihre Angehörigen/Betreuern über die wegen der in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

2.12.4.9 Grundpflege

Wenn die versicherte Person in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach § 15 Absatz 1 Sozialgesetzbuch - elftes Buch - gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege, An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird so lange erbracht, bis die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens vier Wochen, bis zu 21 Stunden pro Woche.

2.12.4.10 Tag- und Nachtwache

Wenn die versicherte Person nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation nach Hause zurückkehrt und aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden muss, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache.

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

2.12.4.11 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Es werden die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z.B. Gehhilfen, Rollstuhl, vermittelt.

2.12.4.12 Vermittlung einer Haustierbetreuung:

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

2.12.4.13 Vermittlung von Gartenpflege und Schneeräumdienst

Der Versicherer/Risikoträger vermittelt die Pflege des Gartens und Schneeräumarbeiten, wenn die versicherte Person bzw. dessen Familienmitglieder wegen des Versicherungsfalles hierbei Unterstützung benötigt.

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

Es wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung/des Hauses/des Kfz der versicherten Person vermittelt.

2.12.4.15 Pflegeplatzgarantie

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

2.12.4.16 Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder

Wenn die versicherte Person durch den Versicherungsfall ganz oder teilweise außerstande ist, die Betreuung des von ihm bereits in häuslicher Pflege betreuten Familienmitglieds mit anerkannter Pflegestufe fortzuführen, erhält auch dieser die versicherten ambulanten Hilfeleistungen.

2.12.5 Familienbetreuung (Haus- und Familienpflege)

Leben im Haushalt der versicherten Person Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dergestalt beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen, kann an Stelle der Hilfeleistungen Menüservice, Besorgungen/Einkäufe, Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Reinigung der Wohnung, Wäsche und Kleidung, Grundpflege, Tag- und Nachtwache und Ambulante Hilfeleistungen für Familienmitglieder eine Familienbetreuung bis zu 8 Stunden täglich, jedoch höchstens für vier Wochen, in Anspruch genommen werden.

Die Leistungen werden zwischen 6 Uhr und 22 Uhr erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall in diesem Sinne gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht.

Die Betreuung

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

2.12.6 Psychosoziale Betreuung

Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben, erhalten die Familienmitglieder psychosoziale Betreuung bis zu 3 Stunden in der Woche, begrenzt auf einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen.

2.12.7 Beitragsanpassung

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

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer/Risikoträger dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt.

Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers/Risikoträgers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

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

2.13 Reha-Management

2.13.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent, erbringt der Versicherer/Risikoträger durch einen vom Versicherer/Risikoträger beauftragten Dienstleister die Leistungen nach den Ziffern 2.13.3 und 2.13.4. Ein Leistungsanspruch besteht nur für Maßnahmen, die innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erfolgen.

Wird uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger anhand medizinischer Unterlagen dargelegt, dass die Leistungsvoraussetzungen voraussichtlich gegeben sind, erbringt der Versicherer/Risikoträger wegen der gebotenen Eile die Leistungen nach den Ziffern 2.13.3 und 2.13.4.1, ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Leistungen hat daher keinen Einfluss auf die Leistungsprüfung des Versicherers/Risikoträgers für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, stellt der Versicherer/Risikoträger die Leistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Leistungen trägt der Versicherer/Risikoträger.

Die Leistungen nach Ziffer 2.13.4.2 werden im Falle der Anerkennung der Leistungspflicht des Versicherers/Risikoträgers erbracht.

2.13.2 Dauer, Umfang und Höhe der Leistungen

Ein Leistungsanspruch besteht innerhalb eines Zeitraums von maximal zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Danach endet die Leistungspflicht des Versicherers/Risikoträgers.

Die Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung) sind auf insgesamt 30 Stunden begrenzt.

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

2.13.3 Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung)

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

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

2.13.3.3 Bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben berät und unterstützt der Versicherer/Risikoträger die versicherte Person unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten. Die Leistungen umfassen die Unterstützung bei der Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes, bei der möglicherweise notwendigen Suche nach einem neuen Arbeitsplatz und bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit. Der Versicherer/Risikoträger betreut die versicherte Person während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase.

2.13.3.4 Der Versicherer/Risikoträger berät die versicherte Person über

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

2.13.4 Weitere Leistungen

2.13.4.1 Kostenübernahmen bei schlüssiger Darlegung eines voraussichtlichen Invaliditätsgrads von mindestens 50 Prozent

2.13.4.1.1 Rehabilitationsmaßnahmen

Die Kosten der vom Versicherer/Risikoträger empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen übernimmt der Versicherer/Risikoträger im stationären Bereich bis zu einem Betrag von 15 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme und im ambulanten Bereich bis zu 5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere von einem Krankenversicherer oder einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.13.4.1.2 Pflegeheimkosten

Der Versicherer/Risikoträger übernimmt bei erforderlicher stationärer Unterbringung der versicherten Person die Pflegeheimkosten, soweit die Kosten von keinem anderen Kostenträger übernommen werden. Diese Kostenübernahme ist auf 1,5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme pro Monat für maximal sechs Monate begrenzt.

2.13.4.2 Kostenübernahmen bei einem anerkannten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent

Unter den nachstehenden weiteren Voraussetzungen werden auch folgende Kosten übernommen, sofern sie durch die unfallbedingte Invalidität von mindestens 50 Prozent verursacht sind. Übernommen wird nur der Teil der Kosten, der anteilig in den Leistungszeitraum gemäß Ziffer 2.13.2 fällt. Es besteht jedoch kein Anspruch, soweit die Kosten von einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.13.4.2.1 Hilfsmittelversorgung

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

2.13.4.2.2 Mobilität

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

2.13.4.2.3 Anpassung des Wohnumfeldes

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

2.13.4.2.4 Berufliche Rehabilitation

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

2.13.4.3 Reihenfolge der Kostenübernahmen

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

2.13.5 Beitragsanpassung

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

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer/Risikoträger dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt.

Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers/Risikoträgers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

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

2.14 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistungen

2.14.1.1 Die versicherte Person hat sich infolge des Unfalles 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.

2.14.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt

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

2.14.2 Art und Höhe der Leistungen

2.14.2.1 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer/Risikoträger nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an den Versicherer/Risikoträger halten.

2.14.2.2 Der Versicherer/Risikoträger leistet insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

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

2.15 Kurkostenbeihilfe

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingten Verletzungen oder deren Folgen erfordern eine vollstationäre Kur für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen, deren medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird und die innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet erfolgt.

2.15.2 Art und Höhe der Leistung

Der Versicherer/Risikoträger erstattet die nachgewiesenen Kosten für

- Arzthonorare
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung.

bis zu einem Gesamtbetrag von maximal 10.000 EUR.

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

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (z.B. Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch unmittelbar gegen uns geltend gemacht werden

Leistungsarten bei Unfall oder Krankheit

2.16 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung (Modell 2)

2.16.1 Voraussetzung für die Leistung:

2.16.1.1 Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei folgenden schweren Erkrankungen, unabhängig, ob diese auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen sind. Leistungsvoraussetzung ist, dass eine der folgenden schweren Erkrankungen während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung zum Tod geführt hat. Für die Mitversicherung der Krebserkrankungen gemäß Ziffer 2.16.1.1.5 und 2.16.1.1.6 ist zudem Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Antragstellung noch überhaupt keine Krebserkrankung (bösartig) ärztlich festgestellt wurde.

2.16.1.1.1 Herzinfarkt

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

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

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

2.16.1.1.2 Schlaganfall

Zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall), der zu neurologischen Ausfallerscheinungen führt, die über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten anhalten. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein.

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

2.16.1.1.3 Nierenversagen

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

2.16.1.1.4 Erblindung

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

2.16.1.1.5 Frauenspezifische Krebserkrankungen (bösartig):

- Brustkrebs (Mammakarzinom)
- Gebärmutterhalskrebs (Zervix Karzinom)
- Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

2.16.1.1.6 Männerspezifische Krebserkrankungen (böartig):

- Prostatakrebs (Prostatakarzinom)
- Hodenkrebs (Hodenkarzinom)

2.16.1.2 Nachweis

Die schwere Erkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

Bei Schlaganfall muss die Diagnose durch klinische Symptome sowie durch eine Computer- oder Kernspintomographie des Kopfes gesichert werden (fachärztlich). Ebenso muss fachärztlich gesichert werden, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen mindestens über einen Zeitraum von 3 Monaten angehalten haben.

Im Falle der Erblindung ist eine augenärztliche Bescheinigung gemäß den Richtlinien der Deutschen Augenärztlichen Gesellschaft erforderlich.

2.16.2 Art und Höhe der Leistung

2.16.2.1 Wurde die schwere Erkrankung durch einen Unfall verursacht, erbringt der Versicherer/Risikoträger die Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.16.2.2 Wurde die schwere Erkrankung nicht durch einen Unfall verursacht, erbringt der Versicherer/Risikoträger nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten die Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

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

der vereinbarten Versicherungssumme.

2.16.2.3 Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 € begrenzt, auch wenn mehrere Verträge beim gleichen Versicherer/Risikoträger bestehen. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Erkrankungen gleichzeitig eintreten.

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

2.16.3 Ende des Versicherungsschutzes:

2.16.3.1 Der Versicherungsschutz endet nach Auszahlung einer Versicherungsleistung.

2.16.3.2 Das Gleiche gilt bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

2.16.3.3 Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der versicherten Invaliditätssumme oder Unfall-Rente oder Unfall-Todesfalleistung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.16.4 Beitragsanpassung

2.16.4.1 Wir bzw. der Versicherer/Risikoträger können jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.

Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

2.16.4.2 Im Falle einer Erhöhung bzw. Verminderung sind wir berechtigt, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 2.16.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird mit Wirkung ab der nächsten Versicherungsperiode angepasst.

2.16.4.3 Erhöht sich der Beitrag auf Grund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.16.4.4 Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.16.4.1 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.

2.17 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch

2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.17.1.1 Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages einen Oberschenkelhalsbruch erleidet, gleichgültig ob unfallbedingt oder krankhafter Natur.

2.17.1.2 Oberschenkelhalsbruch ist ein hüftgelenksnaher Bruch des Oberschenkelknochens zwischen Kopf und Schaft des Knochens.

2.17.2 Art und Höhe der Leistung:

2.17.2.1 Einmalzahlung:

Bei einem Oberschenkelhalsbruch zahlt der Versicherer/Risikoträger unabhängig vom voraussichtlichen Invaliditätsgrad die vereinbarte Einmalzahlung.

2.17.2.2 Rentenzahlung:

Dauernde Folgen des Oberschenkelhalsbruchs werden bei der Bemessung des Invaliditätsgrades gemäß Ziffer 2.1 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen mit einbezogen. Eine Leistungskürzung gemäß Ziffer 3 erfolgt nicht.

2.17.3 Ende des Versicherungsschutzes:

Diese Leistungsart entfällt mit Auszahlung der Versicherungssumme, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat. Nach Beendigung der Leistungsart wird der diesbezügliche Beitragsanteil nicht mehr erhoben.

Vorsorge-Unfallversicherung

2.18 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene oder Adoptivkinder und Partner

2.18.1 Einbezogene Personen, Dauer des Versicherungsschutzes

2.18.1.1 Unter der Voraussetzung, dass

- der bestehende Vertrag bereits mehr als 12 Monate beitragspflichtig bestanden hat und
- der Versicherungsschutz für die hinzukommende Person anschließend mindestens in Höhe der Versicherungssummen entsprechend Ziffer 2.18.2 beitragspflichtig fortgeführt wird

gewährt der Versicherer/Risikoträger für die nachstehend genannten Personen den zeitlich begrenzten, beitragsfreien Versicherungsschutz:

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

2.18.1.2 Dieser Versicherungsschutz verlängert sich

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

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

2.18.2 Höhe der Leistung

Entsprechend der vertraglich vereinbarten Variante bestimmen sich die Vorsorgeleistungen. Bei Kunden, die in den Varianten Exklusiv bzw. Premium versichert sind, erhält die neu hinzukommende Person Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer 2.18.2.1 AUB. Ist der Kunde in der Variante Standard versichert, erhält die neu hinzukommende Person Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer 2.18.2.2.

2.18.2.1 Vorsorgeleistungen in den Varianten Exklusiv und Premium

Die Versicherungssummen betragen:

Variante	Exklusiv
Gliedertaxe	L
Leistung bei Vollinvalidität (Modell 500)	250.000 €
Invaliditäts-Grundsumme	50.000 €
Unfalltod (Todesfallleistung)	10.000 €
Kosten für kosmetische Operationen	5.000 €
Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte	1.500 €
Bergungs- und Rettungskosten	100.000 €
Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld	15 €

2.18.2.2 Vorsorgeleistungen in der Variante Standard

Die Versicherungssummen betragen:

Variante	Standard
Gliedertaxe	L
Leistung bei Vollinvalidität (Modell 500)	250.000 €
Invaliditäts-Grundsumme	50.000 €
Unfalltod (Todesfallleistung)	10.000 €
Bergungs- und Rettungskosten	25.000 €
Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld	15 €

2.18.2.3 Bestehen beim jeweiligen Versicherer/Risikoträger für die versicherte Person mehrere beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherungen, so zahlt der Versicherer/Risikoträger Leistung nur aus einem dieser Verträge.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Der Versicherer/Risikoträger leistet, sofern nichts anderes vereinbart ist, ausschließlich für Unfallfolgen, also nicht für Krankheiten oder Gebrechen. Unfallfolgen sind Gesundheitsschädigungen und deren Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat die Rheumaerkrankung zu 70 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 3 Prozent

- 3.2.2** Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 60 Prozent, nimmt der Versicherer/Risikoträger keine Minderung vor.
- 3.2.3** Hat die versicherte Person am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, nimmt der Versicherer/Risikoträger unabhängig von einem Mitwirkungsanteil keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1** Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
- Personen, die für dauernd mindestens schwer pflegebedürftig sind. Schwer pflegebedürftig ist, wer bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens drei Mal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe benötigt und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.
 - Personen, die auf Grund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können, sondern einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.
- 4.2** Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese nicht mehr versicherbare Person die Versicherung.
- 4.3** Die für eine nicht mehr versicherbare Person gezahlten Beiträge zahlen wir zurück. Die Rückerstattung erfolgt frühestens ab dem Eingangsdatum der Meldung der Nichtversicherbarkeit beim SACHPOOL.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- 5.1.1** Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Trunkenheit sind mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Zeitpunkt des Unfalls 1,1 Promille nicht überschritten hat.

Mitversichert sind auch Unfälle beim Lenken von Kraftfahrzeugen, die sich auf Grund Einschlafens infolge von Übermüdung ereignen.

Ergänzend besteht auch Versicherungsschutz, wenn ein Unfall durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurde. Tritt ein Herzinfarkt oder Schlaganfall innerhalb einer Stunde nach einem Unfall ein, gilt dies als Unfallfolge.

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

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

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 sich die versicherte Person aufhält.

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 sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.1.4 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 auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Versichert sind Sie jedoch als Passagier eines Luftfahrzeuges, auch z.B. Mitfahrt in einem Heißluftballon, Fallschirm-Tandemsprung sowie als Flugschüler.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

Ausnahme:

- Der Unfall wurde durch eine Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Deutschland verursacht,
- die Veranstaltung hatte reinen Freizeitcharakter, und
- die versicherte Person ist kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateurler oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen

5.2.1 Schäden an Bandscheiben, es sei denn, sie gehen mit einer knöchernen Verletzung der Wirbelsäule einher.

5.2.2 Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1 die überwiegende Ursache ist.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Mitversichert sind allerdings Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maser- sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

5.2.4 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.

5.2.5 Infektionen

5.2.5.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.5.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf;
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.5.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten;
- durch Zeckenstich übertragene Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) oder Borreliose, sofern die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages ausbricht.

5.2.5.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.4 Satz 2 entsprechend.

5.2.6 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- Nahrungsmittelvergiftungen.

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

5.2.7.1 Versicherungsschutz wird jedoch gewährt, wenn und soweit diese krankhaften Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigungen des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

5.2.7.2 Für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, die auf Grund Überfall oder Geiselnahme auftreten, übernimmt der Versicherer/Risikoträger die Kosten einer psychologischen Betreuung für bis zu 10 Sitzungen, sofern kein anderer Kostenträger eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, wird der fehlende Restbetrag erstattet. Diese Kostenerstattung ist in jedem Fall im Rahmen der Bergungs- und Rettungskosten auf 1.000 € begrenzt.

5.2.8 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung oder durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung gemäß Ziffer 1.4 entstanden sind.

6 Was müssen Sie

- bei vereinbartem Kinder-Tarif
- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- bei Vollendung des 75. bzw. 80. Lebensjahres

beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Nach 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 unter den Voraussetzungen laut Ziffer 6.2.

6.1.2 Sie erhalten rechtzeitig vor Ablauf des Versicherungsjahres eine neue Versicherungsbestätigung nach Erwachsenentarif. Sollte uns zum Zeitpunkt der Umstellung keine Information zur aktuellen Tätigkeit des versicherten Kindes vorliegen, so wird die Einstufung in Gefahrengruppe A (nicht körperlich tätig) vorgenommen. Beachten Sie bitte dazu Ziffer 6.2.4.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 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 unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, welches diesen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Bundesfreiwilligendienst (BFD), Jugendfreiwilligendienst (FSJ, FÖJ) oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2 Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

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

6.2.4 Melden Sie uns die Änderung der Berufstätigkeit nicht oder verspätet, gelten im Schadenfall die Leistungen, die sich nach der tatsächlich ausgeübten Berufstätigkeit und dem tatsächlich gezahlten Beitrag errechnen.

6.3 Umstellung des Seniorentarifs in den Einzelunfall-Tarif für Senioren ab 75 Jahre bzw. nach Vollendung des 80. Lebensjahres

- 6.3.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Einzelunfall-Tarif für Senioren ab 75 Jahre (Modell 155).
- 6.3.2 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen nach Modell 155. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Einzelunfall-Tarif für Senioren ab 80 Jahre (Modell 158).
- 6.3.3 Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 - Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen (gemäß den Tarifbestimmungen), und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- 6.3.4 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens einen Monat vor Ablauf des Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person kann der Versicherer/Risikoträger seine Leistung nicht erbringen.

- 7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns bzw. den Versicherer/Risikoträger unterrichten.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns bzw. den Versicherer/Risikoträger unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

- 7.2 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.
- 7.3 Werden Ärzte vom Versicherer/Risikoträger beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer/Risikoträger.
- 7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Personenversicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

- 7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen nach Kenntnisnahme zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Dem Versicherer/Risikoträger ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen vom Versicherer/Risikoträger beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer/Risikoträger berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen wurden.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, d.h. bei nur einfach fahrlässiger bzw. versehentlicher Obliegenheitsverletzung, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, 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.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Der Versicherer/Risikoträger ist verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt. 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, übernimmt der Versicherer/Risikoträger bis zu 100 € pro Versicherungsfall. Sonstige Kosten werden nicht übernommen.

- 9.2 Erkennt der Versicherer/Risikoträger den Anspruch an oder hat er sich mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leistet der Versicherer/Risikoträger innerhalb von zwei Wochen.

- 9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer/Risikoträger - 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.

- 9.4** Sie und der Versicherer/Risikoträger sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss
- vom Versicherer/Risikoträger zusammen mit der Erklärung über seine Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
 - von Ihnen vor Ablauf der Frist
- ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als der Versicherer/Risikoträger bereits gezahlt hat, fordert dieser den überzahlten Betrag zurück.

- 9.5** Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug ist der Versicherer/Risikoträger berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer / Widerrufsrecht

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

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem in der Versicherungsbestätigung angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen. Ist für eine Leistungsart eine Wartezeit vereinbart, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die in der Versicherungsbestätigung angegebenen Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragsdauer eine Kündigung zugegangen ist.

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen,

- wenn der Versicherer/Risikoträger eine Leistung erbracht hat, oder
- wenn der Versicherer/Risikoträger erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt hat, oder
- wenn Sie gegen uns oder den Versicherer/Risikoträger Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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

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

10.4 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.

10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Versicherungsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

10.6 Widerrufsrecht des Antragstellers (Auszug aus §8 VVG)

Der Antragsteller kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem SACHPOOL zu erklären und muss keine Begründung enthalten. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag), durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 Bei einem Einmalbeitrag umfasst die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, höchstens jedoch ein Jahr.

11.1.3 Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

11.3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftermächtigung

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

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war

und

- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.6.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

11.7 Beitragsanpassung

11.7.1 Die Beitragssätze für die versicherten Leistungsarten werden auf der Grundlage einer ausreichend großen Anzahl von Unfallversicherungs-Risiken eines Tarifs, die einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen (Bestandsgruppe), unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik ermittelt.

- 11.7.2 Bei der Neukalkulation des Risikoanteils Ihres Beitrags im Rahmen der Beitragsanpassung, werden wir für die Beitragssätze zu den jeweiligen Bestandsgruppen ausschließlich externe Kostenfaktoren zu Grunde legen. Berücksichtigt werden dabei die bisherige Schadenentwicklung und die voraussichtliche Schadenentwicklung.

Für den Fall, dass unternehmenseigene Daten keine ausreichende Grundlage für die Neukalkulation darstellen, werden statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) oder weiterer externer Quellen, die zur Kalkulation geeignet sind, herangezogen.

Wir sind berechtigt und verpflichtet einmal im Kalenderjahr eine Neukalkulation der Beitragssätze zu den jeweiligen Bestandsgruppen vorzunehmen.

- 11.7.3 Weichen die kalkulierten Werte von denen der letztmaligen Neu- / Nachkalkulation ab, sind wir berechtigt, den Beitrag, auch soweit er für erweiterten Versicherungsschutz vereinbart ist, für die einzelnen Bestandsgruppen anzupassen, bei denen die kalkulatorische Abweichung mindestens 3 % beträgt. Ist der Beitragssatz nach den genannten Voraussetzungen zur Beitragsanpassung entsprechend zu senken, so sind wir dazu verpflichtet.

Sehen wir von einer Beitragsanpassung ab, können wir die festgestellte Abweichung bei der nächsten Nachkalkulation zur Beitragsanpassung berücksichtigen.

- 11.7.4 Die aus der Neukalkulation folgenden Änderungen der Beiträge gelten für bestehende Verträge ab dem Kalenderjahr, das auf die Neukalkulation folgt und zum Beginn des betreffenden Versicherungsjahres.

Die Anpassung unterbleibt, wenn seit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn 12 Monate noch nicht abgelaufen sind.

- 11.7.5 Bei Erhöhung des Beitrags gemäß Ziffer 11.7 können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung mit sofortiger Wirkung kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung. Unsere Mitteilung über den veränderten Folgejahresbeitrag erhalten Sie mit der nächsten Beitragsrechnung.

Erfolgt innerhalb der Frist keine Kündigung, wird der Vertrag ab Wirksamwerden der Erhöhung zu dem geänderten Beitrag fortgeführt.

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 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.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 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.

13.2 Rücktritt

13.2.1 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.

13.2.2 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.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls 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.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können 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 abgeben. 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.

13.3.2 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 Prozent oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

13.4 Ausübung unserer Rechte

Die in den Ziffern 13.2 und 13.3 genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsabschluss ausüben, bei Eintritt des Versicherungsfalles während dieser ersten 5 Jahre auch nach Ablauf dieser Frist. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.5 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.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

14.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen eine Entscheidung des Versicherers/Risikoträgers in Textform zugeht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bzw. dem Versicherer/Risikoträger bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz bzw. dem Sitz des Versicherers/Risikoträgers. 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.

15.2 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.

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

16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Sie können auch alle Anzeigen und Erklärungen uns gegenüber per Mail unter unfall@sachpool.de abgeben.

16.2 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.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? (Stand September 2017)

Unser UnfallTarif24.de wurde mit äußerst günstigen Beiträgen kalkuliert. Deshalb müssen wir Ihnen für verschiedene Geschäftsvorfälle Kosten in Höhe des durchschnittlichen Aufwandes in Rechnung stellen.

Dies gilt bei:

Papierlos-Nachlass (E-Mail Versand) für Erstaufbereitung, Vertragsänderungen/Dynamik, Ersatz-Versicherungsbestätigung	0,00 EUR
--	-------------

Ausfertigung der Versicherungsbestätigung	2,50 EUR
Ausfertigung von Vertragsänderungen/ Dynamik	2,50 EUR
Rücklastschrift zzgl. der Gebühren, welche Ihre Bank erhebt	2,50 EUR
Zahlungserinnerung Rechnung	2,50 EUR

Ersatz-Versicherungsbestätigung erstellen	5,00 EUR
Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§37 und 38 VVG)	5,00 EUR
Postrückläufer zzgl. eventueller Gebühren für eine Einwohnermeldeamtsanfrage	5,00 EUR
Wiederinkraftsetzung des Vertrages	5,00 EUR

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

Besondere Bedingungen – UnfallTarif24

Gültig für die Varianten Exklusiv und Premium (Fassung 01.01.2023)



Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), den folgenden Besonderen Bedingungen und allen zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen. Leistungen, die nicht in der Versicherungsbestätigung vereinbart wurden, gelten als nicht versichert.

Variante Exklusiv

1. **Rooming-in-Leistungen für minderjährige Kinder (beitragsfrei eingeschlossen)**

In Ergänzung zu Pkt. 2.5 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld besteht Anspruch auf Rooming-In-Leistung. Handelt es sich bei der versicherten Person um ein minderjähriges Kind und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), zahlt der Versicherer/Risikoträger für die Übernachtungen des Erziehungsberechtigten im Krankenhaus das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes, mindestens aber 30 EUR pro Rooming-In-Übernachtung.

2. **Leistenbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung (beitragsfrei eingeschlossen)**

Ein vereinbartes Unfall-Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld zahlt der Versicherer/Risikoträger auch dann, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt infolge eines durch erhöhte Kraftanstrengung verursachten Leistenbruchs erforderlich wird. Die Leistung erbringt der Versicherer/Risikoträger in der vereinbarten Höhe für die Dauer des medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes.

3. **Unfalltod im zweiten Jahr nach dem Unfallereignis (beitragsfrei eingeschlossen)**

In Erweiterung der Ziffer 2.7.1 AUB besteht der Anspruch auf die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme auch, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfallereignis an dessen Folgen verstirbt und kein Anspruch auf Invaliditätsleistung oder Unfall-Rente besteht oder bestanden hätte.

4. **Todesfalleistung bei Verschollenheit (beitragsfrei eingeschlossen)**

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

5. Unfall-Krankenhaustagegeld (gegen Mehrbeitrag versicherbar)

5.1 In Abänderung der Ziffer 2.5.2 AUB gilt folgendes:

Das Unfall-Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 5 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Die Leistung erbringt der Versicherer/Risikoträger auch über das 5. Unfalljahr hinaus, wenn eine Nachbehandlung (z.B. Entfernung des Osteosynthese Materials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 5 Jahre begrenzt.

5.2 Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Ausland, der einen Krankenhausaufenthalt im Ausland erforderlich macht, zahlt der Versicherer/Risikoträger das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes.

6. Genesungsgeld (gegen Mehrbeitrag versicherbar)

In Abänderung der Ziffer 2.6.2 AUB gilt folgendes:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die der Versicherer/Risikoträger Unfall-Krankenhaustagegeld leistet, längstens für 5 Jahre.

7. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen (beitragsfrei eingeschlossen)

In teilweiser Abänderung und in Ergänzung von Ziffer 5.1.1 AUB gelten Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen aufgrund

- Alkoholkonsum
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit)
- Einschlafen infolge Übermüdung
- Schlafwandeln
- Ohnmachtsanfälle
- Erschrecken

eingeschlossen.

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

8. Unfälle Minderjähriger infolge unerlaubten Fahrens und Führens eines PKW (beitragsfrei eingeschlossen)

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.2 AUB sind Unfälle von Minderjährigen infolge Fahrens und Führens eines PKW ohne gültige Fahrerlaubnis (§21 StVG) eingeschlossen, vorausgesetzt, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

9. Unfälle mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern (beitragsfrei eingeschlossen)

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB besteht Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

10. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse (beitragsfrei eingeschlossen)

In teilweiser Erweiterung der Ziffer 5.1.3 AUB erlischt der Versicherungsschutz für versicherte Personen, die auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen werden, mit Ende des 21. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

11. Fahrveranstaltungen mit Motorfahrzeugen (beitragsfrei eingeschlossen)

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges mitversichert, bei denen es allein auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten).

Mitversichert ist ferner die Teilnahme an Fahrveranstaltungen, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeugs im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z.B. Fahrsicherheitstrainings).

Ausgeschlossen bleiben Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter.

12. Gesundheitsschäden durch Tierbisse (beitragsfrei eingeschlossen)

Ziffer 5.2.5 AUB wird wie folgt ergänzt:

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Tierbisse, sowie Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen auf Bisse oder Stiche von Insekten oder Spinnentieren.

Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

13 Gesundheitsschäden durch Vergiftungen

In Abänderung der Ziffer 5.2.6 AUB gilt folgendes als vereinbart:

Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- Nahrungsmittelvergiftungen.

14 Gipsgeld (beitragsfrei eingeschlossen)

14.1 Voraussetzung für die Leistung

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

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

14.2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Versicherungsleistung erbringt der Versicherer/Risikoträger einmal je Unfall in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, auch wenn mehrere Knochenbrüche gleichzeitig vorliegen.

Versicherungssumme 100,00 EUR

Die Leistung kann längstens bis zum Ende eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, beansprucht werden.

Der Standard-Tarif sowie die Seniorentarife STA (155) und STB (158) sind von dem Gipsgeld ausgeschlossen.

14.3 Ausschluss des Zuwachses von Leistung und Beitrag

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

15 Knochenbruchklausel (gegen Mehrbeitrag versicherbar)

15.1 Voraussetzung für die Leistung

15.1.1 Die versicherte Person hat einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne der AUB mit folgenden Verletzungen:

- Knochenbrüche

- 15.1.2 Ein Knochenbruch/ Fraktur ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung.
- 15.1.3 Nicht mitversichert sind Fissuren. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen ohne vollständige Kapseltrennung.
- 15.2 Höhe und Dauer der Leistung
- 15.2.1 Der Versicherer/Risikoträger leistet bei Knochenbrüchen je Unfall in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, insgesamt jedoch nicht mehr als 7.500 €.
- 15.2.2 Es gelten folgende Versicherungssummen:
- | | |
|--|---------|
| • Fraktur des Schädeldaches und der Schädelbasis | 5.000 € |
| • Fraktur der Wirbelsäule mit Rückenmarkschädigung | 5.000 € |
| • Beckenbruch | 2.500 € |
| • Fraktur des Humerus (Oberarms) | 2.500 € |
| • Fraktur des Radius (Speiche) am Unterarm | 2.500 € |
| • Fraktur der Ulna (Elle) am Unterarm | 2.500 € |
| • Fraktur des Oberschenkels | 2.500 € |
| • Fraktur des Unterschenkels (Tibia) | 2.500 € |
| • Fraktur des Unterschenkels (Fibula) | 2.500 € |
- 15.2.3 Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Leistung bei Knochenbrüchen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 15.2.4 Die Leistung kann längstens bis zum Ende eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, beansprucht werden.

16 **Terrorklausel** (beitragsfrei eingeschlossen)

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

17 **Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag** (zusätzlich zu beantragen)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag jährlich angepasst werden.

- 17.1 Die Anpassung betrifft ausschließlich die folgenden Versicherungsleistungen:
- Invaliditätssumme
 - Todesfallsumme
 - Übergangsleistung
 - Unfall-Rente
 - Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

- 17.2 Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 17.3 Dabei werden die unten stehenden Versicherungsleistungen wie nachfolgend beschrieben auf das nächste ganzzahlige Vielfache aufgerundet, maximal jedoch bis zu den in den Tarifbestimmungen angegebenen Höchstversicherungssummen.
- die Invaliditätssumme, die Todesfallsumme und die Übergangsleistung auf Eintausend Euro
 - die Unfall-Rente auf Einhundert Euro
 - das Unfall-Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf einen Euro
- 17.4 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 17.5 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 17.6 Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, entfällt eine Erhöhung der Invaliditätssumme und somit auch des betreffenden Beitragsanteils.
- 17.7 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

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

- 17.8 Sie und wir können diese Vereinbarung für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens einen Monat vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

18 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (bis 12 Monate beitragsfrei eingeschlossen, Verlängerung gegen Mehrbeitrag versicherbar)

- 18.1 Was ist versichert?

- 18.1.1 Höhe und Dauer der Leistung

Werden Sie als Antragsteller arbeitslos, übernimmt der Versicherer/Risikoträger für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für einen Zeitraum von 12 Monaten die Beitragszahlung für diesen Vertrag.

- 18.1.2 Dauer der Arbeitslosigkeit länger als 12 Monate

Werden Sie als Antragsteller arbeitslos, übernimmt der Versicherer/Risikoträger für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für einen Zeitraum von 5 Jahren, die Beitragszahlung für diesen Vertrag. Voraussetzung ist der beitragspflichtige Einschluss des Versicherungsschutzes nach BBA Modell 3.

18.2 Unter welchen Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz?

18.2.1 Arbeitnehmer/Auszubildende

Die Beitragsbefreiung setzt voraus, dass Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis standen. Eine geringfügige Beschäftigung gilt nicht als sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis.

18.2.2 Selbstständig tätige Personen

Eine selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen und ausschließlich dieselbe nicht sozialversicherungspflichtige Tätigkeit in Deutschland ausgeübt haben (Gewerbe oder freier Beruf).

Die Beitragsbefreiung setzt voraus, dass Sie die selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund und nicht nur vorübergehend eingestellt haben und keine andere Tätigkeit gegen Entgelt ausüben.

18.2.3 Anrechnungszeiten

Folgende Zeiten werden auf die Erfüllung des Zweijahreszeitraums gemäß Ziffer 18.2.1 und 18.2.2 dieser Bedingungen angerechnet:

Mutterschutz/Elternzeit, Ausbildungsverhältnisse, Dienstzeit als Zeitsoldat, Bundesfreiwilligendienst.

18.2.4 Unterbrechung der Arbeitslosigkeit

Wird die Arbeitslosigkeit durch ein neues Arbeitsverhältnis oder eine neue selbstständige Tätigkeit für einen Zeitraum von nicht mehr als drei Monaten unterbrochen, nehmen wir die Beitragsbefreiung ab dem auf den Eintritt der erneuten Arbeitslosigkeit folgenden Monat wieder auf.

18.2.5 Zum Zeitpunkt der Meldung muss der Vertrag in ungekündigter Form bestehen.

18.3 Was ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit zu beachten?

18.3.1 Anzeige der Arbeitslosigkeit

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht ab dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Monat. Die Arbeitslosigkeit ist uns innerhalb von einem Monat nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu melden.

18.3.2 Nachweis der Arbeitslosigkeit

18.3.2.1 Arbeitnehmer/Auszubildende

Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit, aus der sich der Beginn der Arbeitslosigkeit ergibt und durch Vorlage der Unterlagen, aus denen sich die Beendigung einschließlich des Beendigungsgrundes des Arbeitsverhältnisses ergibt (z.B. Kündigungsschreiben), nachzuweisen. Der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 18.2.1 dieser Bedingungen ist durch Bescheinigungen des Arbeitgebers oder im Falle von Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 18.2.3 durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/ Dienstherrn oder der Agentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers lückenlos nachzuweisen.

18.3.2.2 Selbstständig tätige Personen

Die Arbeitslosigkeit und der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 18.2.2 sind durch Vorlage von Unterlagen (z.B. Gewerbean-/abmeldung, Steuerbescheide), nachzuweisen. Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 18.2.3 sind durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherrn, der Bundesagentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers als lückenloser Nachweis zu erbringen.

18.3.3 Kosten für Nachweise

Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.

18.4 Wann ist die Versicherungsleistung fällig?

Die Beitragsbefreiung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistung nötigen Erhebungen fällig.

18.5 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

18.5.1 Verletzen Sie eine Obliegenheit nach Ziffer 18.3.1, 18.3.2.1 oder 18.3.2.2 vorsätzlich, so ist der Versicherer/Risikoträger von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer/Risikoträger jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

18.5.2 Die Leistungsfreiheit nach Ziffer 18.5.1 in Verbindung mit Ziffer 18.3.1, 18.3.2.1 und 18.3.2.2 gilt nur, wenn wir bzw. der Versicherer/Risikoträger Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

18.5.3 Der Versicherer/Risikoträger ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie den Eintritt der Arbeitslosigkeit vorsätzlich herbeiführen.

18.6 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitslosigkeit?

Wir bzw. der Versicherer/Risikoträger sind berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitslosigkeit jederzeit nachzuprüfen. Zu diesem Zweck können wir bzw. der Versicherer/Risikoträger bei der Bundesagentur für Arbeit Auskünfte über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit einholen.

Unabhängig hiervon können wir von Ihnen Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit anfordern.

18.7 Was gilt bei Beendigung der Arbeitslosigkeit?

18.7.1 Im Falle der Beendigung der Arbeitslosigkeit stellen wir die Beitragsbefreiung zum Ende des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, ein. Die Beitragszahlung ist ab dem folgenden Monat wieder aufzunehmen.

18.7.2 Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

18.8 Was gilt, wenn die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz entfallen?

18.8.1 Endet die sozialversicherungspflichtige oder selbstständige Tätigkeit, weil Sie ein nicht sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis (z.B. Hausfrau/Hausmann) oder eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen, endet auch der Versicherungsschutz.

18.8.2 Das Ende der sozialversicherungspflichtigen oder selbstständigen Tätigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

18.8.3 Der Versicherungsschutz endet zudem bei Vollendung Ihres 61. Lebensjahres oder nach insgesamt 5-jähriger Beitragsbefreiung (auch bei mehrmaliger Arbeitslosigkeit).

18.8.4 Nach Beendigung werden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der Leistungen in der Unfallversicherung verwenden, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

18.9 Ausschluss der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Sie können die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit zum Ende eines jeden Monats durch eine an uns gerichtete Erklärung ausschließen. Die Erklärung muss uns spätestens einen Monat vor dem gewünschten Ende zugehen. Bezüglich des Beitragsanteils für die ausgeschlossene Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit gilt Ziffer 17.8.4 dieser Bedingungen entsprechend.

**19 Keine Nachteile gegenüber den GDV-Musterbedingungen
(beitragsfrei eingeschlossen)**

Die Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen weichen ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den entsprechenden Musterbedingungen ab, wie sie vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) Stand Dezember 2020 empfohlen werden.

20 **Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse** (beitragsfrei eingeschlossen)

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse Stand September 2015 erfüllen.

21 **Künftige Bedingungsverbesserungen** (beitragsfrei eingeschlossen)

Werden die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen ab Beantragung beim Versicherer auch für Ihren Vertrag.

Variante Premium (zusätzlich zu Variante Exklusiv)

22 **Erweiterter Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung – Immunklausel** (beitragsfrei eingeschlossen)

22.1 Voraussetzung

Die Immunklausel gilt im Gruppenunfallkonzept unfalltarif24.de nur dann als mitversichert, wenn der Versicherungsschutz nach unfalltarif24.de/Premium beitragspflichtig eingeschlossen ist.

22.2 Was ist versichert?

In Erweiterung von Ziffer 5.2.5 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht Versicherungsschutz bei folgenden erstmaligen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase (auch durch Anhusten, Anniesen oder Anhauchen) in den Körper gelangt sind:

Borreliose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung, Fleckfieber, Gelbfieber, epidemische Genickstarre, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tularämie (Hasenpest), Tuberkulose, Typhus oder Windpocken.

Eine Leistung nach diesen Besonderen Bedingungen wird nur im Rahmen einer mitversicherten Invaliditätsleistung gemäß Ziffer 2.1 AUB erbracht, sofern eine oben genannte Infektion zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 20% führt. Die Leistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 300.000 € (Höchstersatzleistung bei 100 Prozent Invalidität) beschränkt. Laufen bei ihrem Versicherer (siehe Versicherungsbestätigung) weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen. Ist eine Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 AUB nicht mitversichert, finden diese Bedingungen keine Anwendung.

22.3 Was ist nicht versichert?

Der unter Ziffer 22.2 genannte erweiterte Versicherungsschutz findet keine Anwendung, wenn die Infektion durch einen Terrorakt, durch eine Kontamination des Leitungswassers, durch Kontamination von Nahrungsmitteln oder durch eine Pandemie verursacht wurde.

22.4 Was ist sonst noch zu beachten?

Wir bzw. der Versicherer/Risikoträger sind unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde. Dies gilt auch dann, wenn zu diesem Zeitpunkt nicht erkennbar ist, dass ein zur Leistungspflicht führender Tatbestand gegeben ist.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter Ziffer 22.2 genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

Im Falle einer Verletzung dieser Obliegenheiten gilt Ziffer 8 AUB entsprechend.

23 Gipsgeld

Abweichend von Ziffer 14.2 der Besonderen Bedingungen – UnfallTarif24 beträgt die Versicherungssumme 200 EUR.

24 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Abweichend zu Ziffer 18.1.1 der Besonderen Bedingungen – UnfallTarif24 gilt folgendes als vereinbart:

Werden Sie als Antragsteller arbeitslos, übernimmt der Versicherer/Risikoträger für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für einen Zeitraum von 36 Monaten die Beitragszahlung für diesen Vertrag.

25 Rooming-in-Leistungen für minderjährige Kinder (beitragsfrei eingeschlossen)

In Ergänzung zu Pkt. 2.5 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld besteht Anspruch auf Rooming-In-Leistung. Handelt es sich bei der versicherten Person um ein minderjähriges Kind und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), zahlt der Versicherer/Risikoträger für die Übernachtungen des Erziehungsberechtigten im Krankenhaus das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes, mindestens aber 50 EUR pro Rooming-In-Übernachtung.

26 Sorglos – Paket (gegen Mehrbeitrag versicherbar)

26.1 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

26.1.1 In Abänderung von Ziffer 3.2.2 AUB erfolgt eine Minderung bzw. ein Abzug erst ab einem Mitwirkungsanteil von 75%, sofern nicht etwas anderes vereinbart ist.

26.1.2 Auf eine Minderung bzw. einen Abzug bei der Mitwirkung von Vorerkrankungen oder Gebrechen kann verzichtet werden (Mitwirkungsanteil 100%), wenn die Gesundheitsfragen zur Aufnahme in den Gruppenvertrag UT24 wahrheitsgemäß beantwortet wurden und der Verzicht auf die Anrechnung/Minderung von Mitwirkungsanteilen in der Versicherungsbestätigung ausdrücklich als vereinbart dokumentiert ist.

26.1.3 Der Versicherungsschutz gemäß Ziffer 26.1.2 kann unabhängig von anderen Leistungsarten und Erweiterungen von beiden Vertragsparteien entsprechend den Bestimmungen der Ziffern 10.2 und 10.3 AUB selbständig je versicherte Person gekündigt werden. Ab dem Wirksamwerden der Kündigung gilt für die versicherte Person die Regelung gemäß Ziffer 26.1.1.

26.2 Gesundheitsschäden durch Vergiftungen

In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.6 AUB sind Gesundheitsschädigungen infolge von

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

ohne eine Altersbegrenzung eingeschlossen.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden durch Medikamente, Drogen, Rausch- und Genussmittel.

26.3 Rooming-in-Leistungen für Partner

Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 oder 1.4 AUB in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet der Ehe-/eingetragene Lebenspartner oder der Partner einer häuslichen eheähnlichen Gemeinschaft mit im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro nachgewiesener Übernachtung für maximal 100 Übernachtungen ein Betrag in Höhe von 30 Euro gezahlt.

26.4 Einwirkung von Strahlen

In Ergänzung von Ziffer 1.3 AUB gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person durch Explosions-, Schall- oder sonstigen Druckwellen, sowie infolge mechanischer, chemischer oder elektrischer Einwirkung unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Ausgeschlossen bleiben Berufskrankheiten und solche Gesundheitsschädigungen, die durch das regelmäßige Umgehen mit solchen Stoffen oder strahlenerzeugenden Apparaten entstehen.

26.5 Unfälle durch Bewusstseinsstörungen

In teilweiser Abänderung und in Ergänzung von Ziffer 5.1.1 AUB und Ziffer 7 der Besonderen Bedingungen – UnfallTarif24 gelten Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen aufgrund

- Fehlerhafter Einnahme ärztlich verordneter Medikamente
- Herz- und Kreislaufstörungen (z.B. Schwindel)
- Zuckerschok (Über- oder Unterzuckerung)
- Einwirkung von extremen Witterungsbedingungen (z.B. Frost, Sonneneinstrahlung, Sturm)

eingeschlossen.

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

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

26.6 Meldefrist bei Unfalltod

Abweichend von Ziffer 7.5 AUB verzichten wir bzw. der Versicherer/Risikoträger auf die dort genannte Meldefrist.

26.7 Kündigung des Vertrages

Abweichend von Ziffer 10.2 AUB gilt folgendes als vereinbart:

- Sie können den Vertrag zum Ende der Vertragslaufzeit und danach zum Ende der jeweiligen Beitragszahlungsperiode kündigen, vorausgesetzt für alle im Vertrag versicherten Personen wurde das Sorglos-Paket vereinbart.
- Eine Kündigung durch uns ist jeweils zum Ende der vereinbarten Vertragsdauer möglich.

Die Kündigungsfristen ändern sich wie folgt:

- Ihre Kündigung muss bis spätestens eine Woche vor Ablauf in Textform vorliegen.
- Eine Kündigung durch uns muss Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf in Textform vorliegen.

26.8 Besitzstandsgarantie

26.8.1 Ergeben sich aus den Bedingungen des unmittelbaren Vorversicherers zu den in diesem Vertrag versicherten Leistungsarten gemäß Ziffer 2.1 bis 2.9 AUB bessere Regelungen im Leistungsumfang, gelten diese im Leistungsfall auch für diesen Vertrag, wenn Sie dies ausdrücklich wünschen.

26.8.2 Voraussetzung hierfür ist, dass

- der hier vorliegenden Vertrag unmittelbar an den Vorvertrag anschließt
- die Vorversicherung bei Antragstellung angegeben wurde.

26.8.3 Grenzen der Besitzstandsgarantie

- Nach Ablauf des Vorvertrags vorgenommene Änderungen desselben bewirken keine Erweiterung der Besitzstandsgarantie.
- Der Vorvertrag muss dem deutschen Versicherungsvertragsrecht unterliegen, d. h. es werden keine ausländischen Vorversicherungen berücksichtigt.
- Die Besitzstandsgarantie findet keine Anwendung, sofern der Versicherer des vorliegenden Vertrages wegen
 - Nichtzahlung des Beitrags,
 - Obliegenheitsverletzung durch den Versicherungsnehmer,
 - arglistiger Täuschung oder Betrug,

Unfall ist Zufall – Absicherung nicht

- Vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalls ganz oder teilweise leistungsfrei ist, oder
- der unmittelbare Vorvertrag vom Vorversicherer gekündigt wurde.

26.8.4 Die im hier vorliegenden Vertrag geltenden Versicherungssummen stellen die Höchstentschädigung je Versicherungsfall dar.

26.8.5 Individuelle einzelvertraglich geregelte Vereinbarungen, die nach Vertragsabschluss erfolgen, werden als vorrangig angesehen und können die Besitzstandsgarantie nachträglich einschränken bzw. ausschließen.

26.8.6 Die Leistungen aus der Besitzstandsgarantie sind je Schadenfall auf insgesamt 250.000 EUR begrenzt.

26.8.7 Ausschlüsse

Die Besitzstandsgarantie gegenüber Vorvertrag gilt nicht für

- vom hier bestehenden Vertrag abweichende Progressionsstaffeln, Mehrleistungsmodelle und die Anrechnung von Mitwirkungsanteilen von Krankheiten und Gebrechen;
- individuell vereinbarte Risikoausschlüsse;
- Assistance- und sonstige versicherungsfremde sowie vom Versicherungsunternehmen extern zugekaufte Dienstleistungen;
- Bündelprodukte, die Merkmale einer Grundfähigkeitsversicherung, Dread-Disease-Versicherung, einer Pfl egetagegeldversicherung, einer Pflegerentenversicherung, einer Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsversicherung, einer funktionellen Invaliditätsversicherung oder einer Unfallversicherung nach Art der Haftpflichtversicherung beinhalten, sowie sämtliche etwaige im Vorvertrag versicherte Rentenleistungen aus diesen aufgeführten Ursachen;
- Leistungsumfänge zu Gesundheitsschäden durch Infektionen;
- das Risiko aus einer Luftfahrt-Unfallversicherung als sonstiges Besatzungsmitglied oder Luftfahrzeug-/Luftsportgeräteführer, Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse oder durch Rennen mit Motorfahrzeugen;
- Beitrags-/Sparanteil der Unfallversicherung (z. B. Unfallversicherung mit Beitrags-Rückgewähr).

Für Leistungen, die im vorliegenden Vertrag nur gegen Beitragszuschlag versicherbar sind, gilt die Besitzstandsgarantie nur dann, wenn diese Leistungen in diesen Vertrag eingeschlossen wurden.

26.8.8 Nachweispflicht

Bei Antragstellung muss der Vorversicherer inkl. Versicherungsscheinnummer angegeben werden. Wünscht der Versicherungsnehmer, dass im Schadenfall nach den Versicherungsbedingungen des unmittelbaren Vorvertrages geleistet wird, sind vom Versicherungsnehmer dieses Vertrages alle erforderlichen Auskünfte und Unterlagen unverzüglich einzureichen.

Als Nachweis sind der Versicherungsschein, die Allgemeinen Bedingungen sowie die Besonderen Bedingungen und etwaige Zusatzbedingungen des Vorvertrags vorzulegen.

Die vertraglich vereinbarten und in den Versicherungsbedingungen festgelegten Obliegenheiten zum Schadenfall bleiben durch die Besitzstandsgarantie unberührt