Ihre Barmenia-Invaliditäts-versicherung für Kinder (KISS) im Überblick…

Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Die Barmenia garantiert Ihnen, dass die Leistungen der Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder (KISS) in keinem Punkt schlechter sind als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (mit Stand Oktober 2010).

Damit Sie sich in kurzer Zeit einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder (KISS) verschaffen können, sind in der folgenden Übersicht nur die wichtigsten Punkte aufgeführt. **Die Darstellung ist somit nicht vollständig – die ausführlichen verbindlichen Regelungen finden Sie in den Bedingungen zur „Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder (KISS)“ (ab Seite 3).**
In der Übersicht ist zu den einzelnen Punkten vermerkt, unter welcher Ziffer und auf welcher Seite der Versicherungsbedingungen die ausführlichen verbindlichen Regelungen zu finden sind.

Diese Regelungen des KISS-Schutzes	**finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite**	**unter Ziffer**
– Versichert sind Krankheiten und Unfälle – weltweit. Wir leisten für Gesundheitsschädigungen, die durch Krankheiten und Unfälle hervorgerufen werden.	4	1
A. Diese Leistungsarten sind mitversichert		
– Invaliditätsleistung ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50	4	2.1
– monatliche Rente	4	2.1.2
– Invaliditäts-Kapitalleistung in Höhe von 24 Monatsrenten	4	2.1.3
– Rehabilitations-Management-Serviceleistungen bis 10.000 EUR;	5	2.2
– Unfall-Todesfallleistung	5	2.5
– Bergungskosten nach einem Unfall inklusive Rücktransportkosten bis 10.000 EUR;	5	2.6
– Beihilfe für eine stationäre Kur- (1.000 EUR) und Reha-Maßnahme (500 EUR);	6	2.7
B. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?		
Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, denn sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz herausgenommen. Hier nennen wir Ihnen die <u>wichtigsten Fälle auszugsweise</u>.		
Unter Ziffer 4 der Versicherungsbedingungen sind alle Versicherungsausschlüsse geregelt.		
Versicherungsschutz besteht <u>nicht</u> für Invalidität, (die ganz oder überwiegend eingetreten ist)		
– auf Grund von Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Intelligenzminderung (außer bei hirnorganischen Schäden, Vergiftungen oder Infektionen).	6	4.1
– auf Grund von Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden, sofern die versicherte Person 14 Jahre oder älter ist.	6	4.2
– auf Grund von Bewusstseinsstörungen beim Führen von Kfz, soweit diese durch einen Blutalkoholgehalt von mehr als 1,3 ‰ oder suchterzeugende Mittel verursacht wurden.	6	4.3
– weil die versicherte Person vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.	6	4.5
C. Wichtige Obliegenheiten im Leistungsfall		
– Wenn bei der versicherten Person Gesundheitsstörungen bestehen, die zu einer Invalidität führen können, sollten Sie einen Schwerbehindertenausweis beantragen oder uns ärztliche Unterlagen zusenden.	7	5.1
– Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises sollten Sie uns möglichst bald anzeigen.	7	5.2
– Ein von uns übersandtes Meldeblatt müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns darüber hinaus alle sachdienlichen Auskünfte erteilen.	7	5.3

Diese Regelungen des KISS-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite	unter Ziffer
C. Wichtige Obliegenheiten im Leistungsfall – Fortsetzung		
– Um den Schadensfall prüfen zu können, müssen sie Ärzte und andere Institutionen von der Schweigepflicht entbinden und ermächtigen (oder wahlweise selbst beauftragen), alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.	7	5.4
– Wird der GdB auf einen Grad unter 50 herabgesetzt, müssen Sie uns dies innerhalb eines Monats mitteilen. Wurde die Invalidität durch ärztliche Unterlagen bemessen, so müssen Sie uns unverzüglich informieren, wenn Ihnen Gründe bekannt werden, die zu einer Neubemessung des GdB führen können.	7	5.6.1 und 5.6.2
– Die Anzeigefrist für einen Unfalltod beträgt eine Woche.	7	5.7
– Den Tod der versicherten Person, für die wir eine Rente zahlen, müssen Sie uns innerhalb von drei Monaten mitteilen.	7	5.8
D. Beitragsfreistellung		
– Zahlen wir eine Rente aus diesem Vertrag, so erlischt die Pflicht zur Zahlung des Beitrages für die versicherte Person für die Dauer des Rentenbezugs.	9	10.6.1
– Der Versicherungsschutz wird für mitversicherte minderjährige Kinder beitragsfrei weitergeführt, bis das versicherte Kind seine berufliche Erstausbildung vollendet hat, längstens jedoch bis zu seinem 25. Lebensjahr, wenn Sie – während der Vertragslaufzeit durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber durch Krieg/Bürgerkrieg). – Voraussetzung: Sie waren bei Vertragsabschluss jünger als 55 Jahre.	9	10.6.2

Bedingungen zur Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder (KISS)

Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Stand 01.06.2020

Inhaltsübersicht

Seite

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert? ... 4
2 Welche Leistungsarten sind mitversichert? ... 4
2.1 Invaliditätsleistung ... 4
2.1.2 Monatliche Rente ... 4
2.1.3 Kapitalleistung ... 4
2.2 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen ... 5
2.3 Planmäßige Erhöhung der Versicherungssumme und des Beitrages (Summendynamik) - sofern vereinbart ... 5
2.4 Jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) - sofern vereinbart ... 5
2.5 Unfall-Todesfallleistung ... 5
2.6 Bergungskosten nach einem Unfall ... 5
2.7 Beihilfe für eine stationäre Kur- und Reha-Maßnahme nach einem Unfall ... 6
3 Welche Personen sind nicht versicherbar? ... 6
4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? ... 6

Der Leistungsfall

5 Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)? ... 7
6 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? ... 7
7 Wann sind die Leistungen fällig? ... 7

Die Versicherungsdauer

8 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen? ... 7
8.1 Beginn des Versicherungsschutzes ... 7
8.2 Dauer und Ende des Vertrages ... 7
8.3 Automatisches Ende der Versicherung ... 8
8.4 Kündigung nach Versicherungsfall ... 8
8.5 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen ... 8

Das Optionsrecht

9 Möglichkeit auf Abschluss einer Opti5Rente nach Vertragsbeendigung ... 8
9.2 Voraussetzungen ... 8
9.3 Versicherungssumme und Leistungen ... 8

Der Versicherungsbeitrag

10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? ... 8
10.1 Beitrag und Versicherungsteuer ... 8
10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag ... 8
10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag ... 8
10.4 Beitragszahlung per SEPA-Lastschriftmandat, PayPal oder mit Kreditkarte als Geschäftsgrundlage/ Kündigungsrecht bei Widerruf ... 8
10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung ... 9
10.6 Beitragsbefreiung ... 9
10.7 Beitragsanpassung ... 9

Weitere Regelungen

11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? ... 9
12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? ... 9
13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? ... 10
14 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift? ... 10
15 Bedingungsänderung ... 10
16 Künftige Bedingungsverbesserungen ... 10
17 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen ... 10
18 Welches Gericht ist zuständig? ... 10
19 Welches Recht findet Anwendung? ... 10
20 Versicherungsjahr ... 10
21 Sanktions-/Embargoklausel ... 10

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz für die während der Wirksamkeit des Vertrages durch Krankheiten und Unfälle unfreiwillig eingetretene Invalidität.

Zudem besteht Versicherungsschutz für einen durch unfallbedingte Gesundheitsschäden nach dem Unfall eintretenden Todesfall und für unfallbedingt anfallende Bergungskosten sowie Kosten für Kur- und stationäre Reha-Maßnahmen.

Es werden nur Krankheiten und Unfälle berücksichtigt, für die nach diesen Versicherungsbedingungen Versicherungsschutz besteht.
Krankheiten (die zu einer Invalidität führen) müssen während der Wirksamkeit des Vertrages ärztlich festgestellt werden; Unfälle müssen während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten sein.

1.1.1 Was ist eine Krankheit?

Eine Krankheit ist ein anormaler Körper- oder Geisteszustand, der eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt.

1.1.2 Was ist ein Unfall?

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

1.1.2.1 Als Unfall gelten auch
- das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung;
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen;
- Gesundheitsschäden durch Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches;
- unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug.

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

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

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

1.1.2.5 Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung verursachte
a) Bauch- und Unterleibsbrüche,
b) Verrenkungen von Gelenken,
c) Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
d) sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule.
Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe einschließlich Gehirnblutungen.

1.1.2.6 Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme
Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall.

1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für die nach Ziffer 3 nicht versicherbaren Personen sowie die unter Ziffer 4 genannten Fälle.

2 Welche Leistungsarten sind mitversichert?

Die Leistungsarten, die versichert gelten, werden im Folgenden beschrieben.
Die von Ihnen mit uns vereinbarte Versicherungssumme ergibt sich aus dem Vertrag oder aus den nachfolgenden Bedingungen.

2.1 Invaliditätsleistung

Für den Fall einer Invalidität mit einem **Grad der Behinderung (GdB)** ab 50 gelten die folgenden Leistungsarten:
- monatliche Rente (siehe Ziffer 2.1.2)
- Kapitalleistung (siehe Ziffer 2.1.3).

2.1.1 Wann liegt Invalidität vor und welche Voraussetzungen müssen für die Invaliditätsleistung erfüllt sein?

In diesem Vertrag gilt als Invalidität, wenn nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch IX ein GdB von wenigstens 50 vorliegt.

2.1.1.1 Sie müssen die Ansprüche wegen Invalidität bei uns geltend machen und die Invalidität nachweisen. Dies können Sie, indem Sie uns
a) den Schwerbehindertenausweis und den Bescheid über die Schwerbehinderung vorlegen, die von der für die Feststellung des GdB zuständigen Stelle ausgestellt wurden (in der Regel das Versorgungsamt), oder - sofern kein Schwerbehindertenausweis vorgelegt oder beantragt wurde -
b) ärztliche Unterlagen (Berichte, Atteste, Diagnosen, etc.) vorlegen, die nach unserer Feststellung zu einem GdB gemäß dem Schwerbehindertenrecht nach Sozialgesetzbuch IX von mindestens 50 führen.

2.1.1.2 Wird ein GdB von mindestens 50 von Ihnen nachgewiesen und bei uns geltend gemacht, gilt als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität
a) im Fall der Ziffer 2.1.1.1 a) der Tag, an dem der Antrag, der letztlich unmittelbar zur Feststellung des GdB von mindestens 50 führte, der für die GdB-Feststellung zuständigen Stelle zugegangen ist, oder
b) im Fall der Ziffer 2.1.1.1 b) der Tag, an dem uns sämtliche erforderlichen Unterlagen zur Feststellung eines GdB von mindestens 50 vorliegen.

2.1.1.3 Wird eine Krankheit, die Invalidität zur Folge hat, während der Dauer des Vertrages ärztlich festgestellt, kann ein Anspruch auf Leistung auch dann noch entstehen, wenn die Invalidität innerhalb von 12 Monaten nach der Beendigung des Vertrages eingetreten ist. Dies gilt auch für einen während der Dauer des Vertrages eingetretenen Unfall.

2.1.1.4 Hierbei muss nicht eine einzelne Krankheit oder ein einzelner Unfall zu einem GdB von 50 führen. Es werden alle Krankheiten und Unfälle berücksichtigt, die während der Laufzeit des Vertrages nach diesen Bedingungen unter den Versicherungsschutz fallen. Für die Bemessung der Invalidität werden alle Versicherungsfälle so betrachtet, als seien sie zeitgleich eingetreten.

2.1.1.5 Folgen von Krankheiten und Unfällen, die nicht unter den Versicherungsschutz dieses Vertrages fallen, werden ärztlich festgestellt und aus dem GdB herausgerechnet.

2.1.2 Monatliche Rente

Es wird die nach den vertraglichen Vereinbarungen zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls geltende Versicherungssumme für die Rentenleistung gezahlt.

2.1.2.1 Die Rente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, ab dem die Invalidität nach Ziffer 2.1.1.2 eingetreten ist,
- monatlich im Voraus.

2.1.2.2 Die vereinbarte Rente wird für die Zeit gezahlt, in der die Invalidität nach Ziffer 2.1.1.1 nachgewiesen wird.
Die Rente wird bis zum Ende des sechsten Monats nach dem Tod der versicherten Person gezahlt.

2.1.2.3 Die Rentenzahlung ruht, wenn der Fortbestand der Invalidität nicht mehr nachgewiesen wird.

Während der Wirksamkeit dieser Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder setzen wir die Rentenzahlung fort, wenn Sie uns eine Invalidität erneut nachweisen, Ziffer 2.1.2.2 gilt entsprechend.

Nach Beendigung dieser Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder ist die Fortsetzung der Rentenzahlung von dem Nachweis abhängig, dass ausschließlich die früheren Beeinträchtigungen wieder zu einer Behinderung mit einem GdB von wenigstens 50 führten.
Der Anspruch auf Fortsetzung erlischt, wenn seit dem Zeitpunkt der Unterbrechung mehr als zehn Jahre vergangen sind.

2.1.2.4 Wir sind berechtigt, den Fortbestand der Invalidität mit einem GdB von mindestens 50 erstmals nach Ablauf von zwei Jahren nach der Geltendmachung und danach jeweils nach Ablauf von zwei Jahren nach dem letzten Nachweis zu überprüfen. Ziffer 2.1.1.2 gilt sinngemäß.
Wurde zwischenzeitlich ein Schwerbehindertenausweis beantragt und hat dieser zum Zeitpunkt der Überprüfung noch Gültigkeit, so gilt der im Schwerbehindertenausweis ausgewiesene GdB. Liegt kein gültiger Schwerbehindertenausweis vor und wurde auch keiner beantragt, kann die Überprüfung anhand aktueller ärztlicher Unterlagen erfolgen.
Ziffer 2.1.1.1 gilt sinngemäß.

2.1.2.5 Wir sind auch berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Senden Sie uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich, ruht die Rentenzahlung ab nächster Fälligkeit.

2.1.3 Kapitalleistung

2.1.3.1 Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung in Höhe des 24fachen des vereinbarten Monatsrentenbetrages (Ziffer 2.1.2).

2.1.3.2 Das Kapital wird auch gezahlt, wenn die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – vor der endgültigen Feststellung der Invalidität stirbt und auf Grund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde mit einem GdB von mindestens 50 zu rechnen gewesen wäre. Dies gilt nicht, wenn ein Unfall unmittelbar zum Tod geführt hat.

2.1.3.3 Sofern bereits eine Kapitalleistung aus diesem Vertrag geleistet wurde, kann eine weitere Kapitalleistung nicht beansprucht werden.
Dies gilt auch dann, wenn im Vertragsverlauf auf Grund anderer Erkrankungen und/oder Unfälle erneut ein GdB von 50 erreicht wird.

2.2 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen

2.2.1 Ist nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2 auf Basis der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde ein GdB von mindestens 50 zu erwarten, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitations-Management-Serviceleistungen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen.

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

— In der ersten Leistungsphase wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfohlen.
— In der zweiten Leistungsphase werden für die versicherte Person umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung für die kommenden Monate oder Jahre erarbeitet.
— In der dritten Leistungsphase wird die versicherte Person auf Basis der in der zweiten Leistungsphase erarbeiteten Empfehlungen kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleitet.

2.2.3 Wir übernehmen ausschließlich die für die medizinisch-berufskundliche Beratungstätigkeit anfallenden Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 EUR je Versicherungsfall.
Die Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen entstehen, werden nicht übernommen.

2.2.4 Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Erkrankung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.
Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind, längstens bis zum Erreichen des Höchstbetrages von 10.000 EUR für die Kostenübernahme.

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

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

2.3 Planmäßige Erhöhung der Versicherungssumme und des Beitrages (Summendynamik) – sofern vereinbart

2.3.1.1 Sofern dies im Versicherungsschein dokumentiert ist, wird die für die Rentenleistung vereinbarte Versicherungssumme jährlich um 5 % erhöht. Die Versicherungssumme wird auf volle Euro aufgerundet.

2.3.1.2 Eine erhöhte Versicherungssumme gilt für die nach dem letzten Erhöhungstermin und vor dem nächsten Erhöhungszeitpunkt eintretenden Schadensfälle. Mithin entfalten Erhöhungen durch die Summendynamik für zum Erhöhungszeitpunkt bereits eingetretene Versicherungsfälle keine Wirkung.

2.3.2 Der Beitrag wird aus der neuen Versicherungssumme errechnet und erhöht sich somit im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme.

2.3.3 Die Erhöhung der Versicherungssumme erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2.3.4 Wir werden Sie über die erhöhte Versicherungssumme unterrichten, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neue Versicherungssumme erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

2.3.5 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Monaten, nachdem Ihnen unsere Information über die Erhöhung zugegangen ist, in Textform (z. B. E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen. Haben Sie dreimal hintereinander die Erhöhung abgelehnt, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Sie können es jedoch neu beantragen.

2.3.6 Die Vereinbarung über die Summendynamik endet - ohne dass eine ausdrückliche Kündigung erforderlich ist - nur für die jeweilige versicherte Person, sobald die Versicherungssumme den Höchstrentenbetrag erreicht hat, der in den zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien des Versicherers angegebenen ist.

2.3.7 Die Vereinbarung über die Summendynamik ruht für diejenige versicherte Person, die eine Rentenleistung aus diesem Vertrag bezieht, sobald und solange eine Beitragsbefreiung nach Ziffer 10.6 vorliegt.
Eine gegebenenfalls für den Vertrag vereinbarte Leistungsdynamik gemäß Ziffer 2.4 ist hiervon nicht betroffen und gilt unverändert weiter.

2.4 Jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) – sofern vereinbart

Sofern dies im Versicherungsschein dokumentiert ist, gilt Folgendes: Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Rente gemäß Ziffer 2.1.2, erhöhen wir zum 1.1. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 %, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres.
Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

2.5 Unfall-Todesfallleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist infolge eines **Unfalls** innerhalb eines Jahres gestorben und es besteht kein Anspruch auf die Invaliditäts-Kapitalleistung nach Ziffer 2.1.3.2.
Auch wenn uns der Unfall selbst bereits gemeldet wurde, muss uns der Tod der versicherten Person innerhalb von einer Woche gemeldet werden (Obliegenheiten - Ziffern 5.7 und 5.8).

2.5.2 Höhe der Leistung
Es wird eine Unfall-Todesfallleistung von 5.000 EUR gezahlt.

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

2.6 Bergungskosten nach einem Unfall

2.6.1 Art der Leistungen
2.6.1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

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

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

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

2.6.1.5 Wir ersetzen bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für Sie, Ihren Ehe- oder Lebenspartner und Ihre mitreisenden minderjährigen Kinder.

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

2.6.2 Höhe der Leistungen
Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 10.000 EUR begrenzt.

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

Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Versicherungen, aus denen Bergungskosten geltend gemacht werden können, können diese Leistungen nur aus einer Versicherung beantragt werden.

2.7 Beihilfe für eine stationäre Kur- und Reha-Maßnahme nach einem Unfall

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung für eine Kurmaßnahme

2.7.1.1 Die versicherte Person hat
- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1.1.2
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

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

2.7.1.2 Höhe der Leistung für eine Kurmaßnahme
Die Beihilfe für eine Kur wird in Höhe von 1.000 EUR einmal je Unfall gezahlt.

2.7.2 Voraussetzungen für die Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme
Wir leisten auch eine Beihilfe, wenn die versicherte Person – unter den Voraussetzungen der Ziffer 2.7.1.1, die von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden – eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt hat. Im Gegensatz zu einer Kur steht bei einer Rehabilitationsmaßnahme die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund. Hierzu zählt auch die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer Krankenanstalt, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt.

2.7.2.1 Höhe der Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme
Die Beihilfe für eine stationär durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme wird in Höhe von 500 EUR einmal je Unfall gezahlt.

Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Versicherungen aus denen Beihilfe für eine Kur oder Reha-Maßnahme geltend gemacht werden können, können diese Leistungen nur aus einer Versicherung beantragt werden.

3 Welche Personen sind nicht versicherbar?

3.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, bei denen bereits bei Antragstellung eine Invalidität nach Ziffer 2.1.1 bestand.

3.1.1 Wird eine vor Beginn der Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder bestehende Invalidität nach Ziffer 2.1.1 erst während der Wirksamkeit dieser Absicherung festgestellt, erlischt diese Absicherung rückwirkend ab Beginn; bereits hierfür gezahlte Beiträge zahlen wir zurück.

3.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben:
- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten)
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler
- Berufstaucher (z. B. Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Dompteur
- Feuerwerker
- Fluglehrer (auch Lehrer für Drachenflug, Paragliding etc.)
- Flugpersonal (Besatzungsmitglieder)
- Lehrer für das Fallschirmspringen
- Mitglieder von Munitionssuch- und -räumtrupps
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Piloten
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntmen
- Test-/Versuchsfahrer/Werksfahrer
- Tierbändiger

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/Beschäftigung gemäß Ziffer 3.2 aufnimmt und damit nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Versicherungsschutz besteht nicht für Invalidität, (die ganz oder überwiegend eingetreten ist)

4.1 auf Grund von Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Intelligenzminderung. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Beeinträchtigung durch einen Unfall oder eine Erkrankung mit hirnorganischen Schäden oder durch eine Vergiftung oder Infektion verursacht wurde, die während der Wirksamkeit der Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder eingetreten ist und innerhalb von zwölf Monaten nach Beendigung zur Invalidität führt.

4.1.1 Sind wir nach Ziffer 4.1 von der Leistung frei, erlischt der Vertrag rückwirkend mit dem Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung bei der für die Feststellung des GdB zuständigen Stelle oder dem vom Arzt festgestellten Zeitpunkt. Die ab diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

4.2 auf Grund von Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

4.3 auf Grund von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen beim Führen von Kraftfahrzeugen, soweit die Bewusstseinsstörung durch einen Blutalkoholgehalt von mehr als 1,3 Promille oder suchterzeugende Mittel verursacht wurde.

4.4 auf Grund einer widerrechtlichen Handlung, mit der Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter der versicherten Person diese vorsätzlich geschädigt haben.

4.5 weil die versicherte Person vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
Mitversichert sind jedoch Invaliditäten bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

4.6 die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht ist.

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

4.6.1.1 Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.

4.6.1.2 Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.
Sie gilt auch nicht
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
- für Invaliditäten durch ABC-Waffen
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

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

4.7 die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht ist.

4.8.1 durch 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.

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

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

4.8.2 durch Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle
a) bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie Sicherheitstrainings),

b) infolge von einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor- oder Crosskart-Anlage, wobei es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Diese Erweiterung gilt innerhalb Europas.

Der Leistungsfall

5 Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

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

5.1 Bestehen bei der versicherten Person Gesundheitsstörungen, die zur Invalidität nach Ziffer 2.1.1 führen können, sollten Sie bei der für die Feststellung des GdB zuständigen Stelle einen Schwerbehindertenausweis beantragen oder uns eventuell vorliegende ärztliche Berichte, Diagnosen, Atteste etc. zur Prüfung der Invalidität einreichen.

5.2 Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises sollten Sie uns möglichst bald anzeigen.

5.3 Ein von uns übermitteltes Meldeblatt müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich an uns zurücksenden. Die von uns darüber hinaus geforderten sachdienlichen Auskünfte müssen Sie uns in gleicher Weise erteilen.

5.4 Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, insbesondere die für die Feststellung des GdB zuständige Stelle, die den Bescheid über die Schwerbehinderung erlassen hat, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime sowie die im Rahmen der Rehabilitations- Management-Serviceleistungen eingesetzten Dienstleister sind von der Schweigepflicht zu entbinden und zu ermächtigen oder wahlweise selbst zu beauftragen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

5.5 Werden von uns Ärzte mit der Prüfung des Vorliegens eines GdB beauftragt, muss sich die versicherte Person von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.

5.6.1 Wird der GdB von der für die Feststellung des GdB zuständigen Stelle auf einen Grad von weniger als 50 herabgesetzt, müssen Sie uns dies innerhalb eines Monats mitteilen.

5.6.2 Erhalten Sie auf Grund ärztlicher Unterlagen eine Invaliditätsrente aus diesem Vertrag, gilt Folgendes: Werden Ihnen, der versicherten Person oder Sorgeberechtigten Umstände bekannt, die zu einer Neubemessung der Invalidität führen können, sind uns diese unverzüglich anzuzeigen.

5.7 Stirbt die verunfallte versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Tag des Unfalles und ist nicht mit Sicherheit auszuschließen, dass der Tod eine Folge des Unfalles ist, so muss uns der Tod innerhalb einer Woche gemeldet werden. Diese Meldepflicht gilt auch, wenn uns der Unfall bereits angezeigt war.

Die Wochenfrist beginnt, sobald Sie oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person haben.

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

5.8 Zahlen wir auf Grund einer nicht unfallbedingten Erkrankung eine Invaliditätsrente und stirbt die versicherte Person, so müssen Sie uns den Tod innerhalb von drei Monaten nach dessen Eintritt mitteilen.

Abweichend von Ziffer 5.7 gilt auch bei Zahlung einer **unfallbedingten** Invaliditätsrente die längere Anzeigefrist von drei Monaten ab dem Todeseintritt, wenn der Unfall als Todesursache sicher auszuschließen ist oder der Tod später als ein Jahr nach dem Unfalltag eintritt.

6 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Bei vorsätzlicher Verletzung einer nach Eintritt einer Krankheit oder eines Unfalles zu erfüllenden Obliegenheit nach Ziffer 5 brauchen wir nicht zu leisten. Wird eine Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,
a) wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
b) wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde,
c) wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war,
d) wenn wir es unterlassen hatten, Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die vorgenannten Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung hinzuweisen.
Der Versicherungsschutz entfällt trotz nachgewiesener fehlender Ursächlichkeit gemäß c), wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

7 Wann sind die Leistungen fällig?

7.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem vollständigen Eingang folgender Unterlagen:
— Meldeblatt nach Ziffer 5.3,
— Schweigepflichtentbindung und aller erforderlichen Auskünfte nach Ziffer 5.4.

Hinsichtlich der Invaliditätsleistung beginnt die Frist erst, wenn zusätzlich die Unterlagen gemäß Ziffer 2.1.1 vorgelegt wurden (Schwerbehindertenausweis und Bescheid oder ärztliche Unterlagen (Berichte, Atteste, Diagnosen etc.) die nach unserer Feststellung zu einem GdB gemäß dem Schwerbehindertenrecht nach Sozialgesetzbuch IX von 50 oder mehr führen).

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

Ein Anspruch auf Zahlung von Vorschüssen besteht nicht.

7.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

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

8.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

8.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen. Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung zugegangen ist.
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

8.2.1 Kündigung durch Sie

Während der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit können Sie den Vertrag zum Ablauf in Textform kündigen, ohne dass eine Frist einzuhalten ist.
Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres können Sie den Vertrag täglich in Textform kündigen. Der Vertrag endet in diesem Fall mit Ablauf des Tages, an dem uns die Kündigung zugegangen ist. Sie können den Vertrag auch zu einem späteren, in der Zukunft liegenden Zeitpunkt kündigen.

8.2.2 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht zum Ablauf durch uns

Wir als Versicherer verzichten auf unser Kündigungsrecht zum jeweiligen Ablauftermin gemäß Ziffer 8.2 mit folgenden Ausnahmen:
— Wir können Ihren Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauftermin kündigen, wenn wir innerhalb eines Zeitrahmens von drei Monaten alle Versicherungsverträge der Tarifgeneration, zu der Ihr Vertrag gehört, zu deren jeweiligen Ablauf kündigen (Bestandssanierung).
  Zu einer Tarifgeneration gehören alle mit uns abgeschlossenen Versicherungsverträge, denen dieselben Rechnungsgrundlagen sowie dieselbe Fassung der Bedingungen zur Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder (KISS) zu Grunde liegen.
— Rücktritt oder die Kündigung wegen Nichtbeachtung von Obliegenheiten nach Ziffer 6;
— Kündigung wegen Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrages sowie wegen Widerrufs der Lastschrifteinzugsermächtigung gemäß Ziffer 10 und
— Rücktrittsrecht und Kündigungsrecht wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach Ziffer 12.

Die vorstehenden Ausnahmen sind von unserem Kündigungsverzicht nicht betroffen und bleiben als Rechte für uns bestehen.

8.3 Automatisches Ende der Versicherung
Die Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder endet für die jeweilige versicherte Person – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet.

8.4 Kündigung nach Versicherungsfall
Den Vertrag können Sie durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein. Die Kündigung wird sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

8.5 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.

Optionsrecht

9 Möglichkeit auf Abschluss einer Opti5Rente nach Vertragsbeendigung

9.1 Sind die Voraussetzungen gemäß Ziffer 9.2 erfüllt, haben Sie und die versicherte Person die Option,
- innerhalb von drei Monaten nach einer Vertragsbeendigung nach Ziffer 8.2 oder 8.3
- für die jeweilige versicherte Person
- ohne erneute Gesundheitsprüfung

eine Opti5Rente mit Rentenzahlung bis zum 67. Lebensjahr abzuschließen.

Es gelten die zum Zeitpunkt der Umstellung gültigen Beiträge und Bedingungen der Opti5Rente. Diese werden Ihnen auf Wunsch vorab zur Verfügung gestellt.

Das Optionsrecht steht unter der auflösenden Bedingung, dass die Opti5Rente zum Zeitpunkt des gewünschten Abschlusses von uns noch für Neuabschlüsse angeboten wird.

Eine Summen- und/oder Leistungsdynamik für die versicherte Person kann für die Opti5Rente nur dann vereinbart werden, wenn die gewünschte Dynamik-Art auch schon im Rahmen dieser Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder besteht.

9.2 Voraussetzungen:
Die Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder wurde für die jeweilige versicherte Person ohne Einschränkungen und Beitragszuschläge vereinbart und
- bis zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechtes ist weder ein Antrag auf Leistung aus diesem Vertrag noch ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt worden und
- es liegt keine – festgestellte oder auch nicht festgestellte – Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1 vor.

9.3 Versicherungssumme und Leistungen
Die Höchst-Versicherungssumme für die Opti5Rente beträgt maximal die zum Zeitpunkt der Vertragsbeendigung vertraglich vereinbarte monatliche Rente dieses Vertrages.
Ist eine höhere Versicherungssumme oder eine lebenslange Rentenzahlung im Rahmen der Opti5Rente gewünscht, so ist eine normale Gesundheitsprüfung im Rahmen der Antragstellung notwendig. Das Optionsrecht gilt für diesen Fall nicht.

Der Versicherungsbeitrag

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

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

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

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

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes bei Zahlungsverzug
Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem in Ziffer 10.2.1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem die Zahlung bewirkt ist. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

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

10.2.4 Rücktritt
Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht zu dem maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt gemäß Ziffer 10.2.1 oder Ziffer 10.2.3 gezahlt, so können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist.
Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.2.5 Leistungsfreiheit des Versicherers
Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht zu dem nach Ziffer 10.2.1 oder Ziffer 10.2.3 maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt zahlen, so sind wir für einen vor Zahlung des Beitrages eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht haben.
Die Leistungsfreiheit tritt jedoch nicht ein, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

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

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

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

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

10.3.3.3 Wir können nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung in Textform kündigen, sofern Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug sind. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Hierauf sind Sie von uns bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.

10.3.4 Zahlung des Beitrages nach Kündigung
Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leisten. Für Versicherungsfälle, die nach dem Zugang der Kündigung aber vor erfolgter Beitragszahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz (siehe Ziffer 10.3.3.2).

10.4 Beitragszahlung per SEPA-Lastschriftmandat, PayPal oder mit Kreditkarte als Geschäftsgrundlage/ Kündigungsrecht bei Widerruf
Den Versicherungsvertrag mit Ihnen können wir nur abschließen und weiterführen, wenn wir von Ihnen oder von einer anderen Person ermächtigt wurden, den jeweils fälligen Beitrag von Ihrem bzw. deren Bankkonto einzuziehen. Die Zahlung des Beitrags ist möglich durch das SEPA-Lastschriftverfahren, per Kreditkarte oder PayPal.

10.4.1 Ihre Pflichten

a) Für einen erfolgreichen Beitragseinzug müssen Sie sicherstellen, dass das Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags eine ausreichende Deckung aufweist.
b) Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
c) Kündigungsrecht bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandates bzw. der Ermächtigung zum Beitragseinzug
Wird das SEPA-Lastschriftmandat oder die anderweitige Ermächtigung zum Beitragseinzug widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.

10.4.2 Änderung des Zahlungsweges

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

10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

10.6 Beitragsbefreiung

10.6.1 Beitragsbefreiung bei Bezug der Rentenleistung

Sobald aus diesem Vertrag für eine versicherte Person Anspruch auf Zahlung einer Rentenleistung gemäß Ziffer 2.1.2 besteht, endet die Pflicht zur Zahlung des für diese Person zu zahlenden Beitrages für die Dauer des Leistungsbezugs.

Endet der Leistungsbezug, tritt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder in Kraft.

10.6.2 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

Die Versicherung der im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder wird – sofern der Vertrag noch nicht gekündigt war – beitragsfrei weitergeführt, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber infolge eines Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisses).
Voraussetzung für eine beitragsfreie Versicherung ist, dass Sie bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

10.6.2.1 Die beitragsfreie Versicherung gilt mit den Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Todes gültig waren, und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahres bestehen, in dem das versicherte Kind seine berufliche Erstausbildung (Ausbildung oder Studium) vollendet (bestandene Prüfung), spätestens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahres in dem das versicherte Kind sein 25. Lebensjahr vollendet.

10.6.2.2 Ist das versicherte Kind noch nicht volljährig, so wird der gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer. Ist die versicherte Person 18 Jahre oder älter, so wird sie selbst Versicherungsnehmer. Abweichungen hiervon sind nach Vereinbarung möglich.

10.7 Beitragsanpassung

Bei Erhöhung des sich aus dem Tarif ergebenden Beitrages für die Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder sind wir berechtigt, für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versicherungsverträge, den Beitrag mit Wirkung vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an bis zur Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben. Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

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

Weitere Regelungen

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

11.1 Ist die Versicherung gegen Krankheiten und 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.

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

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

12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

12.1 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.

12.2 Rücktritt

12.2.1 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.

12.2.2 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.

12.2.3 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.

12.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

12.3.1 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 angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

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

13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

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

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

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

14.2 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.

15 Bedingungsänderung

Wir sind berechtigt, einzelne Regelungen dieser Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn die Voraussetzungen nach den Ziffern 15.1 bis 15.3 erfüllt sind:

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

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

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

15.4 Durchführung der Anpassung
Die nach den Ziffern 15.1 bis 15.3 zulässigen Änderungen werden Ihnen in Textform bekannt gegeben und erläutert. Sie finden Anwendung, wenn wir Ihnen die Änderung sechs Wochen vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform auf Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 15.5 hinweisen.

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

16 Künftige Bedingungsverbesserungen

Ändert die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die „Bedingungen zur Barmenia-Invaliditätsversicherung für Kinder (KISS)“ ausschließlich zu Gunsten des Versicherungsnehmers, ohne dass dafür ein Zusatzbeitrag berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

17 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die Leistungen, der dieser Versicherung zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (Stand Oktober 2010).

18 Welches Gericht ist zuständig?

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

18.2 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.

19 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

20 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.
Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein für den Vertragsbeginn angegebenen Zeitpunkt.

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

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

21 Sanktions-/Embargoklausel

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

Ihre Unfallversicherung „Premium-Schutz“ im Überblick…

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

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

- **in keinem Punkt schlechter sind als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (mit Stand 25.03.2014);**
- **die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden.**

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

Diese Leistung des Premium-Schutzes	**finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite**	**unter Ziffer**
– Versichert sind Unfälle – weltweit. Wir leisten für Gesundheitsschädigungen, die durch Unfälle hervorgerufen werden.	7	1
– Keine Leistungsminderung bei Mitwirkung von Krankheiten/Gebrechen an den Unfallfolgen Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Sollten sich Krankheiten oder Gebrechen bei den Folgen eines Unfalles ausgewirkt haben, werden wir die Leistung auf Grund dieser Mitwirkung nicht kürzen.	16	6
A. Diese Leistungsarten können Sie versichern		
– Invaliditätsleistung	7	2.1
– Invaliditäts-Kapitalleistung	7	2.1.2
– Unfallrente	8	2.1.3
– Krankenhaustagegeld	8	2.2
– Genesungsgeld (automatisch versichert, wenn Sie ein Krankenhaustagegeld gewählt haben)	8	2.3
– Todesfallleistung	9	2.4
B. Wichtige Fristen zur Invaliditätsleistung		
– Für den Anspruch auf eine Invaliditätsleistung müssen folgende Fristen eingehalten werden: – Die Invalidität muss eingetreten sein innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall; – Die Invalidität muss ärztlich festgestellt sein innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall; – Sie müssen Ihren Anspruch auf Invaliditätsleistung geltend machen innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall.	7	2.1.1.2
C. Erweiterungen des „Unfallbegriffs“		
Mitversichert sind auch folgende Ereignisse und Gesundheitsschäden:		
– Ertrinken;	7	1.4.1.1
– Tauchtypische Gesundheitsschäden z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung – wir leisten auch für die Behandlung in einer Dekompressionskammer;	7 10	1.4.1.1+ 3.2.2.1
– Erfrierungen;	7	1.4.1.2
– Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich;	7	1.4.1.3
– Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug (auch Ersticken);	7	1.4.1.4
– Bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschäden wegen der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen;	7	1.4.2
– Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, Staubwolken und Säuren (nicht aber Berufs-/Gewerbekrankheiten);	7	1.4.3

Diese Leistung des Premium-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite	unter Ziffer
– Vergiftungen (durch Einnahme schädlicher Stoffe) – auch Nahrungsmittelvergiftungen sind versichert;	7	1.4.4
– Durch erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen verursachte – Bauch- oder Unterleibs- und Knochenbrüche, – Verrenkungen von Gelenken, – Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken, – sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, nicht aber Schädigung der Bandscheiben und Verletzungen an Kopf, Lunge und Herz und Blutungen innerer Organe;	7	1.4.5
– Oberschenkelhals- und Armbruch sind - unabhängig von der Ursache (also auch durch Krankheit) – versichert;	7	1.4.6
– Gesundheitsschädigungen durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme.	7	1.4.7
D. Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen		
Unter Ziffer 8 der Versicherungsbedingungen sind die Versicherungsausschlüsse geregelt. Von diesen Ausschlüssen gelten etliche Ausnahmen, für die wir trotzdem leisten. Hier die wichtigsten Fälle, für die wir Versicherungsschutz bieten:		
– Mitversicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen (beim Lenken von Kfz gilt die Mitversicherung bis zu einem Blutalkoholgehalt unter 1,3 ‰);	17	8.1.1 a)
– Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente;	17	8.1.1 b)
– Der Ausschluss "Bewusstseinsstörungen" wird nicht angewendet bei		
– Herzinfarkt,	17	8.1.1 c)
– Schlaganfall,	17	8.1.1 c)
– Herz- oder Kreislaufstörungen,	17	8.1.1 d)
– epileptischen Anfällen und anderen Krampfanfällen;	17	8.1.1 e)
– Bewusstseinsstörungen, die durch die unfreiwillige Verabreichung von sog. K.-o.-Tropfen verursacht werden.	17	8.1.1 g)
– Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln und das Einschlafen durch Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörung;	17	8.1.1 h)
– Für eine Todesfallleistung bis zum Betrag von 5.000 EUR wird der Ausschluss "Bewusstseinsstörungen" nicht angewendet (das gilt nicht beim Führen eines Kfz unter Alkoholeinfluss ab 1,3 ‰ Blutalkoholgehalt);	17	8.1.1
– Unfälle bei Raufereien und Schlägereien sind mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war;	17	8.1.2
– Unbefugter Gebrauch eines Kfz durch Minderjährige oder entmündigte Erwachsene;	17	8.1.2 a)
– Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper durch Minderjährige oder entmündigte Erwachsene – Voraussetzung ist jedoch, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde;	17	8.1.2 b)
– Kitesurfen;	17	8.1.4
– Fahrtveranstaltungen (bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt) sind versichert (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten und Sicherheitstrainings);	17	8.1.5 a)
– Gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Kartanlagen sind versichert (nur in Europa);	17	8.1.5 b)
– Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert;	17	8.2.2
– Versicherungsschutz besteht für		
– folgende Infektionen: Borreliose, Bruccellose, Cholera, Diphterie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus, Windpocken) nach einer Wartezeit von 3 Monaten, – Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut – Impfschäden nach einer Schutzimpfung (Wartezeit 3 Monate),	18	8.2.4.1
– Infektionen durch geringfügige Haut-/Schleimhautverletzungen, wenn das ursächliche Ereignis innerhalb 4 Wochen angezeigt wurde (Wartezeit 3 Monate), – Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen einschließlich Blutvergiftungen und Wundinfektionen, – Nicht infektionsbedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme auf Grund einer solchen allergischen Reaktion gilt als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.	18	8.2.4.1 f)

Diese Leistung des Premium-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite	unter Ziffer
E. Generell im Versicherungsschutz enthaltene Leistungsarten		
– Rehabilitations-Management-Serviceleistungen bis 10.000 EUR;	9	3.1
– Bergungskosten inklusive Rücktransportkosten ohne Begrenzung;	10	3.2
– Beihilfe für eine Kur (10.000 EUR) und stationäre Reha-Maßnahme (10.000 EUR);	10	3.3
– Sofortleistung bei bestimmten Schwerverletzungen bis 25.000 EUR;	10	3.4
– Zusätzliche Leistung bei Schwerverletzungen nach Hausbau/-kauf in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall – gestaffelt bis auf 25.000 EUR;	10	3.5
– Komageld: 36 EUR ab dem ersten Tag für längstens 3 Jahre;	10	3.6
– Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnersatzkosten für alle natürlichen Zähne bis 100.000 EUR;	10	3.7
– Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 %-iger Invalidität bis zu 50.000 EUR (z. B. für den Umbau von Kfz und Wohnung oder Umzug);	10	3.8
– Kostenbeteiligung – bis 3 Jahre nach dem Unfall – für – ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel (z. B. für Arm-/Beinprothese, Geh-/Stützapparate, Roll-/Krankenfahrstuhl), – künstliche Organe und Organtransplantationen;	11	3.9
– Umschulungsmaßnahmen – Kostenerstattung bei Durchführung einer staatlich anerkannten Umschulung wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit bis 20.000 EUR;	11	3.10
– Haushaltshilfegeld bis 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage;	11	3.11
– Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme (Kostenübernahme für die ersten 10 Sitzungen);	11	3.12
– Kosten für psychologische Unterstützung der versicherten Person werden bis 1.000 EUR übernommen, wenn Anspruch auf Sofortleistungen bei Schwerverletzungen besteht;	11	3.13
– Volle Kostenübernahme – bis 6 Monate – für Nachhilfeunterricht versicherter Kinder;	11	3.14
– Beistandsleistungen des Barmenia-Assistance-Centers (z. B. 24-Stunden-Informationsdienst und viele Hilfen bei Notfällen im In- und Ausland).	11	3.15
F. Familien-Vorsorgeversicherung		
– Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für Ihren Ehepartner ab Eheschließung und Ihre Kinder ab Geburt bzw. Adoption für 1 Jahr mit den Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, die für Sie vereinbart sind, höchstens 100.000 EUR für die Invaliditäts-Kapitalleistung und 1.000 EUR für die Unfallrente; – Dieser Schutz gilt auch für das ungeborene Leben; – Die unter E. beschriebenen Leistungen gelten auch für die Familien-Vorsorgeversicherung (mit 50 % der jeweils geltenden Leistungsgrenzen).	16	5
G. Der Versicherungsschutz kann ergänzt werden um folgende Leistungen (gegen Zusatzbeitrag)		
– Leistungsdynamik zur Unfallrente: Zahlen wir eine Unfallrente, so wird sie zum 01.01. jeden Jahres um 1,5 % erhöht;	12	4.1
– Extra-Leistung bei Knochenbrüchen bis 5.000 EUR;	12	4.2
– Schnelle Hilfeleistungen bis zu 6 Monate nach dem Unfall (Menüservice, Hausnotruf, Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen, Besorgungen und Einkäufe, Reinigung der Wohnung, Waschen und Pflegen der Wäsche, Körperpflege, Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme; bis zu einer Woche leisten wir eine Kinderbetreuung und –versorgung, Versorgung von Haustieren und Krankenhaushilfe);	13	4.6
– Familienhilfe bis zu einem Monat nach dem Unfall: Organisation und Bezahlung einer Betreuungsperson für die – Kinderbetreuung und –versorgung, – Haushaltsführung; Die Betreuungsperson sorgt auch für die Mobilität der Kinder (Begleitung zur Tagesstätte, Kindergarten, Schule, Vereinssportveranstaltungen, organisierten entgeltlichen Kursen/Unterrichtsstunden, Arztterminen etc.).	15	4.7
– Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall		
H. Wichtige Obliegenheiten nach einem Unfall		
– Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seine Anordnungen befolgt werden (für die versicherte Person besteht aber keine Pflicht, sich einer Operation zu unterziehen) – außerdem müssen Sie uns informieren;	19	10.1
– Es gilt nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ein Arzt zu spät hinzugezogen wird;	19	10.1
– Die Anzeigefrist für einen Unfalltod beträgt vier Wochen;	19	10.5

Diese Leistung des Premium-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite	unter Ziffer
– Folgenlos bleibt eine versehentlich unterbliebene Anzeige bzw. Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, wenn diese nach Erkennen des Versehens unverzüglich nachgeholt wird.	19	11 b)
I. Beitragsfreistellung		
– Der Unfallschutz wird für mitversicherte minderjährige Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr beitragsfrei weitergeführt, wenn Sie – während der Vertragslaufzeit durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber durch Krieg/Bürgerkrieg) – Voraussetzung: Sie waren bei Vertragsabschluss jünger als 55 Jahre, – durch einen Unfall mindestens zu 50 % invalide werden;	21	14.6.1
– Die Beitragsfreistellung gilt auch für den mitversicherten Ehe-/Lebenspartner bis zum 18. Lebensjahr des jüngsten versicherten Kindes.	21	14.6.4
J. Sonstige Erweiterungen zu einzelnen Leistungsarten		
– Zur Invaliditätsleistung:		
– Um 20 % erhöhte Invaliditäts-Kapitalleistung bei Kopfverletzungen, die die versicherte Person bei einem Fahrrad-, Ski-, Reit- oder Inliner-Unfall erlitten hat, obwohl sie durch einen Helm geschützt war.	8	2.1.2.4
– Ein Vorschuss bei laufendem Heilverfahren auf die zu erwartende Invaliditätsleistung ist möglich innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, ist ein Vorschuss bis zu einem Betrag von 15.000 EUR möglich (Voraussetzung: Die versicherte Person ist nicht in Lebensgefahr);	19	12.3
– Zum Krankenhaustagegeld:		
– Das Krankenhaustagegeld wird ab dem 30. Tag auf 150 % erhöht;	8	2.2.2
– Für Aufenthalte in Sanatorien im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zahlen wir für bis zu 60 Tage 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegeldes;	8	2.2.1.1 +
– Wir leisten auch für Aufenthalte in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Reha dient;	8	2.2.2.2
– Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze;	8	2.2.1.2
– Das Krankenhaustagegeld wird verdoppelt bei einem Unfall und vollstationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland;	8	2.2.1.3
– Rooming-In für Kinder bis 14 Jahre: Wird ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung;	8	2.2.2.1 2.2.2.4
– Zum Genesungsgeld:		
– Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, wie Krankenhaustagegeld gezahlt wurde, längstens aber für 200 Tage;	9	2.3.2
– Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze;	8	2.2.2.3+
	9	2.3.2
– Ein Anspruch auf Zahlung des Genesungsgeldes besteht auch dann, wenn die versicherte Person noch vor Entlassung aus dem Krankenhaus stirbt;	9	2.3.3
– Zur Todesfallleistung:		
– Verschollenheit nach §§ 5 bis 7 Verschollenheitsgesetz gilt als Nachweis des Unfalltodes;	9	2.4.1.1
– Für minderjährige Kinder bei Unfalltod beider Eltern: Sterben beide Eltern bei einem Unfallereignis und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppeln sich die vereinbarten Todesfallleistungen der Eltern.	9	2.4.2.1
– Verdoppelung einer mitversicherten Todesfallleistung für Unfälle bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.		
– Um 20 % erhöhte Todesfallleistung bei Kopfverletzungen, die die versicherte Person bei einem Fahrrad-, Ski-, Reit- oder Inliner-Unfall erlitten hat, obwohl sie durch einen Helm geschützt war.		

Barmenia-Unfallversicherungs-bedingungen – Premium-Schutz

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Stand 01.05.2017

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 Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz. Zusammen mit dem Angebot/Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

Ihre Barmenia

Wer ist wer?

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

Inhaltsübersicht

Seite

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert? ... 7
1.1 Grundsatz ... 7
1.2 Geltungsbereich ... 7
1.3 Unfallbegriff ... 7
1.4 Erweiterter Unfallbegriff ... 7
1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht ... 7

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten? ... 7
2.1 Invaliditätsleistung ... 7
2.1.2 Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung ... 7
2.1.3 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % ... 8
2.2 Krankenhaustagegeld ... 8
2.3 Genesungsgeld ... 8
2.4 Todesfallleistung ... 9
2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) ... 9
2.6 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) ... 9

3 Welche Leistungen sind generell mitversichert? ... 9
3.1 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen ... 9
3.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze ... 10
3.3 Beihilfe für eine Kur- und stationäre Reha-Maßnahme ... 10
3.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen ... 10
3.5 Erweiterte Leistung bei Schwerverletzungen nach Hausbau/-kauf ... 10
3.6 Komageld ... 10
3.7 Kosten für kosmetische Operationen ... 10
3.8 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ... 10
3.9 Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel ... 11
3.10 Umschulungsmaßnahmen ... 11
3.11 Haushaltshilfegeld ... 11
3.12 Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme ... 11
3.13 Kosten für psychologische Unterstützung ... 11
3.14 Kosten für Nachhilfeunterricht ... 11
3.15 Beistandsleistungen des Barmenia-Assistance-Centers ... 11
3.16 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit ... 12
3.17 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit ... 12

4 Welche Leistungserweiterungen können gegen zusätzlichen Beitrag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden? ... 12
4. 1 Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) ... 12
4. 2 Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen ... 12
4. 3 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%-Staffel) ... 13
4. 4 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %-Staffel) ... 13
4. 5 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (700 %-Staffel) ... 13
4.6 Hilfeleistungen ... 13
4.7 Familienhilfe ... 15
4.8 Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall ... 16

5 Familien-Vorsorgeversicherung ... 16

6 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen? ... 16
6.1 Krankheiten und Gebrechen ... 16
6.2 Mitwirkung ... 16

7 Welche Personen sind nicht versicherbar? ... 16

8 Was ist nicht versichert? ... 17
8.1 Ausgeschlossene Unfälle ... 17
8.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden ... 17

9 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? ... 18
9.1 Umstellung des Kindertarifs ... 18
9.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung ... 18

Der Leistungsfall

10 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)? ... 19

11 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? ... 19

Seite

12 Wann sind die Leistungen fällig? 19
12.1 Erklärung über die Leistungspflicht 19
12.2 Fälligkeit der Leistung 19
12.3 Vorschüsse 19
12.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades.....19

Die Versicherungsdauer

13 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?.....20
13.1 Beginn des Versicherungsschutzes 20
13.2 Dauer und Ende des Vertrages 20
13.3 Kündigung nach Versicherungsfall 20
13.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen 20
13.5 Versicherungsjahr 20

Der Versicherungsbeitrag

14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? 20
14.1 Beitrag und Versicherungsteuer 20
14.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag 20
14.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag 20
14.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/Rechtzeitigkeit der Zahlung/Kündigungsrecht bei Widerruf 20
14.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung 21
14.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern 21
14.7 Tarifstufen (altersabhängig).....21

Weitere Regelungen

15 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? 21
15.1 Fremdversicherung 21
15.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller 21
15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen 21

16 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? 21
16.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht 21
16.2 Möglich Folgen einer Anzeigepflichtverletzung 21
16.3 Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte 22
16.4 Anfechtung 22
16.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes 22

17 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?.....22
17.1 Gesetzliche Verjährung 22
17.2 Aussetzung der Verjährung 22

18 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift? 22

19 Bedingungsänderung.....22

20 Künftige Bedingungsverbesserungen 22

Seite

21 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen..... 22

22 Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis "Beratungsprozesse" empfohlenen Mindestleistungsstandards 23

23 Welches Gericht ist zuständig? 23

24 Welches Recht findet Anwendung?..... 23

25 Sanktions-/Embargoklausel..... 23

Nicht-Schlechterstellungs-Garantie

26 Nicht-Schlechterstellungs-Garantie beim Wechsel der Unfallversicherung zur Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG/Adcuri GmbH.....23

Anlage
Tabellen zu den progressiven Invaliditätsstaffeln

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz
Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

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

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff
1.4.1 Als Unfall gelten auch
1.4.1.1 das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung;
Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer sind im Rahmen der Bergungskosten (Ziffer 3.2) mitversichert.
1.4.1.2 Gesundheitsschäden durch Erfrierungen;
1.4.1.3 Gesundheitsschäden durch Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches;
1.4.1.4 unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug;

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

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

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

1.4.5 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung
a) Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche erleidet,
b) Gelenke verrenkt,
Beispiel:
Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
c) Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken zerrt oder zerreißt,
Beispiel:
Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm
d) sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule erleidet.

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.

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

1.4.7 Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme
Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall.

1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht
Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen über nicht versicherbare Personen (Ziffer 7) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 8). Sie gelten für alle Leistungsarten.

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

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

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

2.1 Invaliditätsleistung
Für den Fall einer Invalidität können die folgenden Leistungsarten vereinbart werden:
– die Invaliditäts-Kapitalleistung (siehe Ziffer 2.1.2) und/oder
– die Unfallrente (siehe Ziffer 2.1.3).

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 Invalidität
Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt
– die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
– dauerhaft
beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn
– sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
– eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität
Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall
– eingetreten und
– innerhalb von 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität
Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.
Beispiel:
Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung
2.1.2.1 Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
– die vereinbarte Versicherungssumme und
– der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des 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 12.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxen

2.1.2.2.1.1 Standard-Gliedertaxe Premium-Schutz
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
Mittelfinger	13 %
Ringfinger	13 %
kleiner Finger	13 %
sämtliche Finger einer Hand, jedoch maximal	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %

Fuß	55 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	80 %
Gehör auf einem Ohr	50 %
Gehör auf beiden Ohren	80 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Sprachvermögen	100 %
Beide Nieren	100 %
Niere, falls die andere Niere bereits verloren/vollständig funktionsunfähig war	100 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern bis 13 Jahre	20 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm – je	25 %
ein Lungenflügel	50 %

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

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

Bei allen Berechnungs-Beispielen wird mit der Standard-Gliedertaxe Premium-Schutz gerechnet.

2.1.2.2.1.2 Individuelle Gliedertaxe
Wenn die versicherte Person zwischen 18 und 67 Jahren alt ist, können Sie abweichend von der "Standard-Gliedertaxe Premium-Schutz" individuelle Prozentsätze für einzelne Körperteile und Sinnesorgane wählen. Die vertraglich vereinbarten Invaliditätsgrade sind dann im Versicherungsschein genannt.

Im Versicherungsjahr, welches nach Ihrem 68. Geburtstag beginnt, entfällt die individuelle Gliedertaxe. Es gilt dann die "Standard-Gliedertaxe Premium-Schutz". Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann geltenden Tarif beitragsmindernd, Erhöhungen beitragssteigernd aus.

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

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

Beispiel:
Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 80 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 % (=ein Zehntel von 80 %). Diese 8 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 %.

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel:
Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (80 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (40 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 120 % 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, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.1.2.4 Erhöhte Invaliditäts-Kapitalleistung bei Kopfverletzungen wenn ein Schutzhelm getragen wurde
Die vereinbarte Versicherungssumme wird um 20 % erhöht, wenn der Unfall beim
- Fahrradfahren (bei Kindern auch Roller-, Laufrad- oder Dreiradfahren),
- Skifahren
- Inlineskaten, Rollschuhfahren oder Schlittschuhlaufen, Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reitkappe getragen hat.

2.1.3 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %
2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.
Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

Individuelle Gliedertaxen (Ziffer 2.1.2.2.1.2) und vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln (Ziffern 4.3 bis 4.5) oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.1.3.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.1.3.3 Beginn und Dauer der Leistung
2.1.3.3.1 Wir zahlen die Unfallrente
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

2.1.3.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem
- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass auf Grund einer Neubemessung nach Ziffer 12.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

2.2 Krankenhaustagegeld
2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

2.2.1.1 Sanatoriumsaufenthalt
Bei unfallbedingtem Aufenthalt in Sanatorien wird das Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn die versicherte Person vor dem unfallbedingten Sanatoriumsaufenthalt auf Grund des Unfalles stationär im Krankenhaus behandelt wurde.

2.2.1.2 Aufenthalt in "gemischten Instituten"
Erfolgt die unfallbedingte Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so bleibt der Krankenhaustagegeldanspruch bestehen.

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

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls.

Vom **30. Tag** eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthalts an erhöht sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld um 50 %.
Für Aufenthalte in Sanatorien gilt eine geringere Leistungshöhe und -dauer gemäß Ziffer 2.2.2.2.

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Genesungsgeldanspruch bei Tod der versicherten Person
Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen stirbt.

2.4 Todesfallleistung
2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall.
Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 10.5.

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

2.4.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4.2.1 Unfalltod beider Elternteile
Werden durch ein Unfallereignis beide Elternteile tödlich verletzt und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppelt sich die für den jeweiligen Elternteil in diesem Vertrag vereinbarte Versicherungssumme für den Todesfall.

2.4.2.2 Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
Wird die versicherte Person bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel durch einen Unfall tödlich verletzt, so verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallleistung.

2.4.2.3 Erhöhte Todesfallleistung bei Kopfverletzungen wenn ein Schutzhelm getragen wurde
Die vereinbarte Versicherungssumme wird um 20 % erhöht, wenn der Unfall beim
- Fahrradfahren (bei Kindern auch Roller-, Laufrad- oder Dreiradfahren),
- Skifahren,
- Inlineskaten, Rollschuhfahren oder Schlittschuhlaufen, Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reitkappe getragen hat.

2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)
2.5.1 Sie können die vereinbarten Versicherungssummen für
- die Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2),
- die Unfallrente (Ziffer 2.1.3),
- das Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.2) und
- die Todesfallleistung (Ziffer 2.4)

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

2.5.2 Voraussetzungen für die Erhöhung der Versicherungssummen
a) Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
b) Die versicherte Person hat noch keinen Unfall erlitten, der zu einer Leistung aus diesem Vertrag geführt hat.

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

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

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

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

2.6.4 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie dieser innerhalb von zwei Monaten, nachdem Ihnen unsere Information über die Erhöhung zugegangen ist, in Textform (z. B. per E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen.
Haben Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Sie können die Summendynamik jedoch neu beantragen.

2.6.5 Automatische Beendigung der Summendynamik für einzelne versicherte Personen
Die Vereinbarung über die Summendynamik endet - ohne dass eine ausdrückliche Kündigung erforderlich ist - nur für die jeweilige versicherte Person
a) für die eine Unfallrente vereinbart ist und die Versicherungssumme hierfür den Höchstbetrag erreicht hat, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist. Gleichzeitig entfällt auch die Erhöhung der übrigen für die jeweilige versicherte Person vereinbarten Versicherungssummen.
b) zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 68. Lebensjahr vollendet.

3 Welche Leistungen sind <u>generell mitversichert</u>?

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

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

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

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

3.1 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen
3.1.1 Voraussetzung für die Leistung
Ist nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 auf Basis der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zu erwarten, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitations-Management-Serviceleistungen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen.

3.1.2 Art der Leistung
Wir wählen einen medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienst aus, der in unserem Auftrag die folgenden Serviceleistungen erbringt.
- In der ersten Leistungsphase wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfohlen.
- In der zweiten Leistungsphase werden für die versicherte Person umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung für die kommenden Monate oder Jahre erarbeitet.
- In der dritten Leistungsphase wird die versicherte Person auf Basis der in der zweiten Leistungsphase erarbeiteten Empfehlungen kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleitet.

3.1.3 Höhe der Leistung
Wir übernehmen ausschließlich die für die medizinisch-berufskundliche Beratungstätigkeit anfallenden Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 EUR je Versicherungsfall.
Die Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen entstehen, werden nicht übernommen.

3.1.4 Art und Umfang der Leistungen sowie Dauer der Leistungserbringung
Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Erkrankung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.
Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind, längstens bis zum Erreichen des Höchstbetrages von 10.000 EUR für die Kostenübernahme.

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

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

3.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten
– für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
– für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik
entstanden.

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

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

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

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

3.2.2.3 Wir ersetzen bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

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

3.2.3 Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten.

3.3 Beihilfe für eine Kur- und stationäre Reha-Maßnahme
3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung für eine Kurmaßnahme
3.3.1.1 Die versicherte Person hat
– nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1
– wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
– innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet,
– für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen
eine medizinisch notwendige Kur/einen medizinisch notwendigen Sanatoriumsaufenthalt durchgeführt. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

3.3.1.2 Höhe der Leistung für eine Kurmaßnahme
Die Beihilfe für eine Kur wird in Höhe von 10.000 EUR einmal je Unfall gezahlt.

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

3.3.2.1 Höhe der Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme
Die Beihilfe für eine stationär durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme wird in Höhe von 10.000 EUR einmal je Unfall gezahlt.

3.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
3.4.1 Voraussetzung und Umfang der Leistung
Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer im Folgenden genannten Verletzung, wird einmalig eine Sofortleistung in Höhe von 25.000 EUR gezahlt, sofern nicht der Tod innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall eintritt:
a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
b) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;
c) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades;
d) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche;
e) Erblindung;
f) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:
– Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
– gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
– Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
  – Fraktur eines langen Röhrenknochens;
  – Fraktur des Beckens;
  – Fraktur der Wirbelsäule;
  – gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

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

3.5 Erweiterte Leistung bei Schwerverletzungen nach Hausbau/-kauf
3.5.1 Wenn Sie während der Gültigkeit des Versicherungsvertrages selbstgenutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, erhöht sich die nach Ziffer 3.4 versicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen für Sie und Ihren Ehe-/Lebenspartner, der mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt und unter Ihrer Anschrift gemeldet ist, (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) einmalig abhängig vom Jahr des Erwerbs/Baubeginns wie folgt um
– 25.000 EUR im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
– 20.000 EUR im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
– 15.000 EUR im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
– 10.000 EUR im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
– 5.000 EUR im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.

3.5.2 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Erwerb des Eigenheimes oder – wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war – mit Beginn der Bauarbeiten und endet zum frühesten der folgenden Termine
a) mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
b) mit Veräußerung des Eigenheimes,
c) mit Beendigung der Unfallversicherung.

3.6 Komageld
Wir zahlen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 36 EUR für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person auf Grund des Unfalles in einem natürlichen oder künstlichen Koma befindet.

3.7 Kosten für kosmetische Operationen
3.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur natürliche Zähne zum äußeren Erscheinungsbild.

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

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

3.7.2 Art und Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene
– Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
– notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
– Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (einschließlich Laborkosten)
insgesamt bis zur Höhe von 100.000 EUR.

3.8 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen
Hat der Unfall zu einem nach Ziffer 2.1.2.2 ermittelten unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt und wird auf Grund der Unfallfolgen
– ein behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,

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

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

3.9 Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel

Werden auf Grund der Unfallfolgen
– Künstliche Gliedmaßen, künstliche Gelenke, künstliche Organe sowie Organtransplantationen,
– Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Gehhilfen, Rollstühle, Hörgeräte, Sehhilfen oder Sprechgeräte

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

3.10 Umschulungsmaßnahmen

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

3.11 Haushaltshilfegeld

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

3.11.2 Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person Kinder leben, die zum Zeitpunkt des Unfalls
– das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
– in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

3.12 Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, auf Grund ärztlicher Anordnung psychologische Soforthilfe, werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen ersetzt.
Diese Leistung erbringen wir, auch ohne dass ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1 vorliegt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 8.2.5 gilt hierfür nicht.

3.13 Kosten für psychologische Unterstützung

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

3.14 Kosten für Nachhilfeunterricht

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

3.15 Beistandsleistungen des Barmenia-Assistance-Centers

Für die nachfolgenden Hilfeleistungen wenden Sie sich bitte an das Barmenia-Assistance-Center:
Telefon (02 21) 82 77 96 09.
Das Barmenia-Assistance-Center wird von einem Dienstleister betrieben, den die Barmenia auswählt und mit der Ausführung der nachstehenden Beistandsleistungen beauftragt.
Auf die besonderen Voraussetzungen (siehe Ziffer 3.15.11) und die Haftungsbeschränkungen (siehe Ziffer 3.15.12) weisen wir ausdrücklich hin.

3.15.1 24-Stunden-Informationsdienst

Das Barmenia-Assistance-Center steht Ihnen bzw. der versicherten Person 24 Stunden "Rund um die Uhr", 365 Tage im Jahr, in einer durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall der versicherten Person entstandenen Notsituation mit folgenden Leistungen zur Verfügung:
– Allgemeine Beratung über Maßnahmen in Notsituationen;
– Auskünfte über Notdienste von Apotheken und Ärzten;
– Benennung – soweit möglich – von geeigneten Reha-Einrichtungen;
– Informationen über Einrichtungen zur Beschaffung von medizinischen Hilfsmitteln (Rollstuhl, Elektromobil etc.);
– Benennung von Unternehmen, die auf den behindertengerechten Umbau einer Wohnung/ eines Hauses spezialisiert sind, sofern der Unfall zu einer Schwerstverletzung (z. B. Querschnittslähmung) geführt hat;
– Vermittlung psychologischer Betreuung nach einem Unfall, sofern der Unfall zu einer Invalidität über 30 % oder zum Tod einer versicherten Person geführt hat.

3.15.2 Botendienst für ärztlich verordnete Arzneimittel

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

3.15.3 Versorgung von Haustieren

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfall in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden oder verstirbt die versicherte Person unfallbedingt und keiner der Mitbewohner ist physisch in der Lage, die Versorgung der im Haushalt der versicherten Person befindlichen Haustiere zu übernehmen, vermittelt bzw. veranlasst das Barmenia-Assistance-Center während des Krankenhausaufenthaltes die Versorgung der Haustiere und übernimmt die dabei anfallenden Kosten bis maximal 25 EUR je Tag.
Die Übernahme erfolgt längstens für die Dauer von 14 Tagen.
Als Haustiere gelten nur die Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden. Als Haustiere gelten nicht wilde und exotische Tiere (wie z. B. Schlangen, Spinnen).
Die vollstationäre Heilbehandlung auf Grund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Sind für die versicherte Person Hifleleistungen gemäß Ziffer 4.6 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz für die Versorgung von Haustieren im Umfang der Ziffer 4.6.10.

3.15.4 Informationen bei Unfällen im Ausland

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

3.15.5 Kontakt zwischen Arzt und Krankenhaus bei Unfällen im Ausland

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

3.15.6 Krankenbesuch bei Unfällen im Ausland

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

3.15.7 Kostenübernahme und Abrechnung mit der Krankenversicherung bei Unfällen im Ausland

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden im Ausland erlittenen Unfall in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung im Ausland, gibt das Barmenia-Assistance-Center, soweit erforderlich, eine Kostenübernahmegarantie bis zu 12.500 EUR ab. Das Barmenia-Assistance-Center übernimmt namens und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenversicherer oder sonstigen Dritten, die zur Kostentragung der vollstationären Heilbehandlung verpflichtet sind.
Soweit die vom Barmenia-Assistance-Center verauslagten Beträge nicht von einem Krankenversicherer oder Dritten übernommen werden, sind sie von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungstellung an das Barmenia-Assistance-Center zurückzuzahlen.

3.15.8 Krankenrücktransport bei Unfällen im Ausland

Ist nach einem unter diesen Vertrag fallenden im Ausland erlittenen Unfall der versicherten Person ein Rücktransport mit medizinisch adäquaten Trans-

portmitteln (einschließlich Ambulanzflugzeug) medizinisch erforderlich, organisiert das Barmenia-Assistance-Center den Rücktransport an den Wohnort der versicherten Person bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene Krankenhaus und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden Mehrkosten. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn dieser ärztlich angeordnet ist und eine ausreichende medizinische Versorgung vor Ort nicht gewährleistet werden kann und dadurch eine Gesundheitsschädigung oder -verschlechterung zu befürchten ist.

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

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

3.15.11 Voraussetzungen/Obliegenheiten
Die Hilfeleistungen nach Ziffer 3.15.2 werden nur am ständigen Wohnsitz der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
Die Hilfeleistungen nach den Ziffern 3.15.4 bis 3.15.10 finden Anwendung bei Reisen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und werden für die ersten 62 Tage dieser Reise gewährt.
Ein Anspruch auf Kostenerstattung bezüglich der Hilfeleistungen nach den Ziffern 3.15.2 und 3.15.3 und 3.15.6 bis 3.15.10 besteht nur, wenn nach vorheriger Kontaktaufnahme mit dem Barmenia-Assistance-Center die Durchführung der Hilfe abgestimmt war. Dabei sind die Anweisungen des Barmenia-Assistance-Centers einzuholen, falls ein Unfall durch eine dritte Person verursacht wurde, um eventuelle Regressansprüche zu sichern.
Das Barmenia-Assistance-Center leistet im Zweifel vor, behält sich jedoch das Recht vor, nach Prüfung der Sachlage unberechtigte Leistungen zurückzuverlangen.
Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, alle sachdienlichen Informationen an das Barmenia-Assistance-Center weiterzugeben, die eine Einschätzung über den Umfang der erforderlichen Hilfeleistung ermöglichen.
Die ärztlichen Belege und/oder Rechnungsbelege sind im Original vorzulegen.

3.15.12 Haftungsbeschränkungen
Wir haften nur für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit. Diese Beschränkung gilt nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit sowie für Schäden aus der Verletzung von wesentlichen Vertragspflichten. Bei der leicht fahrlässigen Verletzung von wesentlichen Vertragspflichten ist unsere Haftung jedoch auf die vertragstypisch vorhersehbaren Schäden begrenzt.
Für die Leistungen der von uns nur vermittelten - gegebenenfalls in Ihrem Namen beauftragten - Beförderungsunternehmen und sonstigen unmittelbaren Leistungserbringer übernehmen wir keine Haftung.

3.16 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit
Bei einer unverschuldeten, unfreiwilligen Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen vor Vollendung des 58. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag bei Vorliegen der nachfolgenden Kriterien in dem dortgenannten zeitlichem Umfang bei fortbestehendem Versicherungsschutz beitragsfrei gestellt.

3.16.1 Begriff der Arbeitslosigkeit
Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn
– Sie von der Agentur für Arbeit nach den Regelungen des Sozialgesetzbuches (SGB) III als arbeitslose Person geführt werden und
– Arbeitslosengeld (gemäß SGB III) oder Arbeitslosengeld II (gemäß SGB II) beziehen.

3.16.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsdauer
– Standen Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen in einem Beschäftigungsverhältnis (keine geringfügige Beschäftigung) und
– bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und
– ist der Beitrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt,

so wird der Versicherungsvertrag für maximal 12 Monate beitragsfrei gestellt. Dies gilt ab der Beitragsfälligkeit, die der Meldung über die bestehende Arbeitslosigkeit an uns folgt. Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

3.16.3 Unterbrechung der Arbeitslosigkeit
Werden Sie während dieser 12 Monate von der Agentur für Arbeit nicht mehr als arbeitslose Person geführt und sollten Sie dann in diesem Zeitraum erneut im Sinne dieser Bedingungen arbeitslos werden, wird die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages fortgesetzt. Dies gilt ab der Beitragsfälligkeit, die der Meldung über die erneute Arbeitslosigkeit an uns folgt.
Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages ist auch bei Unterbrechung der Arbeitslosigkeit auf insgesamt maximal 12 Monate begrenzt.

3.16.4 Arbeitslosigkeit von Selbstständigen
Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z. B. durch Konkurs) und sich nach besten Kräften um Arbeit bemühen.
Eine Beitragsfreistellung als Selbstständiger kann nur einmal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden. Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

3.16.5 Nachweispflicht
Die entsprechenden Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen sind von Ihnen zu erbringen. Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

3.17 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit
3.17.1 Voraussetzung
3.17.1.1 Werden Sie während der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages zu 100 Prozent arbeitsunfähig, befreien wir Sie auf Ihren Wunsch von der Beitragszahlungspflicht. Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit unverändert bestehen.
3.17.1.2 Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie Ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben können, diese auch nicht ausüben und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.

3.17.1.3 Die Beitragsbefreiung erfolgt, sofern:
- die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen für mehr als 6 Wochen bestand und
- der Unfallversicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit seit mindestens 24 Monaten bestand und
- bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit kein Beitragsrückstand bestand.

3.17.2 Beginn und Dauer der Leistung
Die Beitragsbefreiung beginnt ab der ersten Fälligkeit, die der Meldung der Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch 6 Wochen nach deren Beginn und ist auf 12 Monate begrenzt.

Der Eintritt, die Dauer und das Ende der Arbeitsunfähigkeit, sowie deren Grad sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Kein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht für Arbeitsunfähigkeit, die von Ihnen vorsätzlich herbeigeführt wurde.

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

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

4.1 Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) – sofern vereinbart
Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.1.3, erhöhen wir zum 1.1. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 %, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

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

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

4.2.3 Leistungsprozentsatz

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

Mehrfache Verletzungen eines Knochens werden so behandelt, als wäre nur eine einzige Verletzung eingetreten. Sind mehrere Knochen verletzt, für die insgesamt in der Tabelle ein einziger Leistungsprozentsatz ausgewiesen ist, so wird dieser auch nur einmal für die Leistungsberechnung angesetzt. Sind durch den Unfall mehrere der in der Tabelle aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die jeweiligen Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % - maximal 5.000 EUR - werden jedoch nicht angenommen.

4.2.4 Ausschluss der Dynamik

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

4.2.5 Beendigung des Versicherungsschutzes für Knochenbrüche

Diese Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen entfallen - ohne dass es einer Kündigung bedarf - zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;

b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;

c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;

b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;

c) für den 50 %, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme.

Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;

b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;

c) für den 50 %, nicht aber 90 % übersteigen den Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme;

d) für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierzigfache Invaliditätssumme.

Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

4.6 Hilfeleistungen – sofern vereinbart

4.6.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

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

4.6.1.2 Die Hilfeleistungen werden für die Dauer erbracht, die die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.6.1.1 hilfsbedürftig ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet.

Die Kinderbetreuung und -versorgung (Ziffer 4.6.2.9), die Haustierversorgung (Ziffer 4.6.2.10) und die Krankenhaushilfe (Ziffer 4.6.2.11) werden längstens für einen Zeitraum von einer Woche erbracht.

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

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

4.6.2 Art und Umfang der Leistungen

4.6.2.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person mit täglich einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters und tragen die Kosten dafür. Die versicherte Person kann Menüs aus einem Menüsortiment frei auswählen.

4.6.2.2 Hausnotruf

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und eingerichtet, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.
Wir übernehmen die hierfür anfallenden Kosten.

4.6.2.3 Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen bis zu zweimal je Woche

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal je Woche. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und – für Fahrten in einem Umkreis von 25 Kilometern Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person – die für die versicherte Person selbst anfallenden Fahrtkosten, soweit diese nicht durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten sind. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometer vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.6.2.4 Besorgungen und Einkäufe bis zu zweimal je Woche

Hierzu zählen

a) das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,

b) das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge),

c) die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,

d) die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie

e) gegebenenfalls Wäsche zur Reinigung bringen und abholen.

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

4.6.2.5 Reinigung der Wohnung einmal je Woche

Hierzu zählt das Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche). Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

4.6.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung einmal pro Woche

Hierzu zählen

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

4.6.2.7 Körperpflege

Die versicherte Person erhält entsprechend dem Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit folgende Leistungen:

4.6.2.7.1 Ganzwaschung

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

4.6.2.7.2 Teilwaschung

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

4.6.2.8 Besteht Anspruch auf Leistung aus der Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI, dann hat die versicherte Person Anspruch auf folgende Leistungen:
Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme (vor Aufnahme der Pflege)
a) Feststellung der Pflegeprobleme
b) Feststellung der Ressourcen des Pflegebedürftigen
c) Planung der Pflegeeinsätze
d) Gespräch mit Angehörigen/Arzt
e) Informationen über weitere Hilfen
f) inkl. Hausbesuchspauschale

4.6.2.9 Kinderbetreuung und –versorgung
Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung.

4.6.2.9.1 Voraussetzung für die Kinderbetreuung und –versorgung
a) Im Haushalt der versicherten Person leben Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls
– das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
– in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

b) Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 a) zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung gemäß Ziffer 4.6.2.9.2 nach dem individuellen Bedarf. Dabei berücksichtigen wir,
– was die versicherte Person vor dem Unfall üblicherweise an Leistungen erbracht hat und unfallbedingt nicht mehr erbringen kann und
– was nach den Grundbedürfnissen eines Kindes vergleichbaren Alters, Entwicklungsstands und Gesundheitsstands notwendig und üblich ist.

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

4.6.2.9.2 Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung
Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 a).
a) Kinderbetreuung und –versorgung
Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung).
Wir versorgen die Kinder in den Bereichen
– Körperpflege,
– Ernährung,
– Kleiden und Betten

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

b) Mobilitätsleistung
Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu
– der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule,
– Vereinssportveranstaltungen sowie organisierten und entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
– Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen,

in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und die für die Kinder selbst anfallenden Fahrtkosten. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometer vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.6.2.9.3 Dauer der Leistung
a) Wir erbringen die Leistungen der Kinderbetreuung und –versorgung (Ziffer 4.6.2.9.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 b) nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von einer Woche vom Unfalltag an gerechnet.
Sind für die versicherte Person Leistungen der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz im Umfang der Ziffer 4.7.
b) Sofern Leistungen von gesetzlichen Sozialversicherungsträgern übernommen werden, leisten wir nur für die darüber hinaus anfallenden Kosten.

4.6.2.9.4 Obliegenheiten
Ergänzend zur Ziffer 10 gilt folgende Obliegenheit:
a) Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe unverzüglich nach dem Unfall bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen.
b) Wird diese Obliegenheit schuldhaft verletzt, können wir nach Maßgabe der Regelungen der Ziffer 11 zur Kürzung der Leistung oder zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei sein.

4.6.2.10 Versorgung von Haustieren
Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfall für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder verstirbt die versicherte Person unfallbedingt und ist keiner von deren Mitbewohnern physisch in der Lage, die Versorgung der im Haushalt der versicherten Person befindlichen Haustiere zu übernehmen, vermitteln bzw. veranlassen wir auf Ihren Wunsch für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes die Versorgung der Haustiere und übernehmen die dabei anfallenden Kosten bis maximal 25 EUR je Tag, längstens jedoch für den Zeitraum von einer Woche.
Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz für die Versorgung von Haustieren im Umfang der Ziffer 3.15.3.

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

4.6.2.11 Krankenhaushilfe
Wird die versicherte Person unmittelbar nach einem Unfall in einem Krankenhaus stationär aufgenommen, sorgen wir auf Wunsch dafür, dass
– die Personen, die Sie uns benannt haben bzw. nennen, über den Krankenhausaufenthalt informiert werden;
– die Haus-/Wohnungsschlüssel abgeholt werden;
– eine erste Ausstattung mit den nötigsten Dingen aus der Wohnung der versicherten Person ins Krankenhaus gebracht wird;
  Hierzu zählen z. B. ausreichend Kleidung, Produkte zur Körperpflege und persönlichen Hygiene, persönliche Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Gehhilfe), persönliche Dinge, die den Klinikaufenthalt angenehmer gestalten (z. B. Bücher, Illustrierte, Musik).
– an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes der Briefkasten der Wohnung der versicherten Person geleert und die Post ins Krankenhaus gebracht wird und
– an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes die Pflanzen in der Wohnung der versicherten Person gegossen werden.

Wir übernehmen die für die Ausführung dieser Leistungen angefallenen Kosten, längstens für die erste Woche des Krankenhausaufenthaltes.

4.6.3 Hilfeleistungen für pflegebedürftige Ehe-/Lebenspartner und Verwandte 1. Grades
4.6.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen
4.6.3.1.1 Betreut die versicherte Person ihren Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, dann erbringen wir die Hilfeleistungen im Rahmen der Ziffern 4.6.1 und 4.6.2.1 bis 4.6.2.8 sowie Ziffer 4.6.4 auch für diese Person (Pflegebedürftiger).
Voraussetzung ist, dass für den Pflegebedürftigen vor dem Unfallereignis eine Pflegestufe/Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung anerkannt wurde, die zum Unfallzeitpunkt noch bestand.

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

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

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

4.6.4 Fälligkeit der Hilfeleistungen
Haben Sie uns gegenüber die Hilfsbedürftigkeit schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen.
Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Hilfeleistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung von Hilfeleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Hilfeleistungen.

4.6.5 Beitragsanpassung

4.6.5.1 Prüfung der Beiträge für die Hilfeleistungen

Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Hilfeleistungen beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.6.5.2 Regeln der Prüfung

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

a) Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

b) Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.

c) Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.6.5.3 Beitragserhöhung

Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Hilfeleistungen als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Hilfeleistungen bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.6.5.4 Beitragsermäßigung

Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Hilfeleistungen als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.6.5.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge

Sind die ermittelten Beiträge für die Hilfeleistungen bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Hilfeleistungen bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.6.5.6 Kündigung bei Beitragserhöhung

Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.6.5.1 den Beitrag für die Hilfeleistungen, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6.6 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

4.6.6 Kündigung der Mitversicherung der Hilfeleistungen

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

4.7 Familienhilfe – sofern vereinbart

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Familienhilfe.

4.7.1. Voraussetzung für die Familienhilfe

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

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

4.7.1.2 Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.7.1.1 zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Familienhilfe.

Nach dem individuellen Bedarf erbringen wir Leistungen aus der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7.2 und berücksichtigen dabei,

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

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

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

4.7.2 Leistungen der Familienhilfe

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.7.1.1.

4.7.2.1 Kinderbetreuung und -versorgung

Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung).

Wir versorgen die Kinder in den Bereichen

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Kleiden und Betten

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

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

4.7.2.2 Leistungen der Haushaltsführung

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

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

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

4.7.2.3 Mobilitätsleistung

Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu

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

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

4.7.2.4 Körperpflege

Entspricht die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person mindestens dem Pflegegrad 2 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegepflichtversicherung), so kann die Betreuungsperson bei Bedarf auch die Körperpflege der versicherten Person im folgenden Umfang übernehmen:

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

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

4.7.3 Dauer der Leistung

4.7.3.1 Wir erbringen die Leistungen der Familienhilfe (Ziffer 4.7.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.7.1.2 Abs. 1 nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von vier Wochen vom Unfalltag an gerechnet.

Sind für die versicherte Person Hifleleistungen gemäß Ziffer 4.6 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz im Umfang der Ziffer 4.6.

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

4.7.4 Obliegenheiten

Ergänzend zur Ziffer 10 gilt folgende Obliegenheit:

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

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

4.7.5 Fälligkeit der Familienhilfe
Haben Sie uns gegenüber den Bedarf für versicherte Leistungen schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Leistungen gemäß Ziffer 4.7.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen. Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Leistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung der Leistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Leistungen.

4.7.6 Beitragsanpassung
4.7.6.1 Prüfung der Beiträge für die Familienhilfe
Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Familienhilfe beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.7.6.2 Regeln der Prüfung
Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:
a) Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
b) Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.
c) Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.7.6.3 Beitragserhöhung
Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Familienhilfe als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Familienhilfe bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.7.6.4 Beitragsermäßigung
Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Familienhilfe als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.7.6.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge
Sind die ermittelten Beiträge für die Familienhilfe bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Familienhilfe bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.7.6.6 Kündigung bei Beitragserhöhung
Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.7.6.1 den Beitrag für die Familienhilfe, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7.7 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

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

4.8 Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall – sofern vereinbart

4.8.1 Versicherungsfähigkeit
Der Zusatzbaustein "privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall" kann für versicherte Personen vereinbart werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

4.8.2 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung

4.8.3 Erstattungsfähige Aufwendungen/ Höhe der Leistung
Wir erstatten
– die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen, die die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht. Honorarvereinbarungen mit Ärzten werden von uns nicht anerkannt.
– den Zuschlag für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

Weitere Kosten, insbesondere für allgemeine Krankenhausleistungen, sind nicht versichert.

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

Sie haben die freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leistung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) - vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

4.8.4 Unfall und Behandlung im Ausland
Außerhalb Deutschlands wird bei Vorliegen der Voraussetzung von Ziffer 4.8.2 ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe von 30 EUR pro Tag für bis zu 12 Monate gezahlt.

5 Familien-Vorsorgeversicherung

5.1 Voraussetzung für die Mitversicherung
Sind Sie als Versicherungsnehmer zugleich versicherte Person, so ist, wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages die Ehe schließen, Ihr Ehegatte gemäß Ziffern 5.2 bis 5.4 vorübergehend ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert, sofern uns dieses Ereignis innerhalb von drei Monaten angezeigt wird. Das Gleiche gilt, wenn ein Kind geboren wird oder wenn ein Kind adoptiert wird.
Auch Ihre ungeborenen Kinder sind während der Schwangerschaft für den Fall von Gesundheitsschäden infolge einer direkten Unfalleinwirkung oder eines Unfalles der – auch über diese Familien-Vorsorgeversicherung – versicherten Mutter versichert.

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

5.3 Ausgeschlossene Leistungserweiterungen
Sind für Sie Leistungserweiterungen gemäß Ziffer 4 vereinbart (beispielsweise Progressions- und Mehrleistungsmodelle), oder eine individuelle Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1.2, so gelten diese nicht für den Ehegatten und die Kinder.

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

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

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

6.2 Mitwirkung
Sollten sich Krankheiten oder Gebrechen bei den Folgen eines Unfalles ausgewirkt haben, werden wir die Leistung auf Grund dieser Mitwirkung nicht kürzen.

7 Welche Personen sind nicht versicherbar?

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

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

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

8 Was ist nicht versichert?

8.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

8.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen.

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

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

Beispiele:
Die versicherte Person
- *kommt unter Alkoholeinfluss (Blutalkoholgehalt von 1,3 oder mehr Promille) mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*
- *balanciert auf Grund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

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

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

g) die Bewusstseinsstörung durch die unfreiwillige Verabreichung von sogenannten K.-o.-Tropfen verursacht wurde.
h) die Bewusstseinsstörung durch Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln und dem Einschlafen infolge einer Übermüdung verursacht wurde.

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

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

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
Mitversichert sind jedoch Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

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

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

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
- Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

  Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.
  Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen.
- Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

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

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

8.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.

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

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

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

8.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1 hat diese Gesundheitsschäden verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

8.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
a) Röntgenstrahlen,
b) Laserstrahlen,
c) Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
d) künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
e) energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt,
soweit sie nicht als Folge des regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

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

Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
- Das Schneiden/Feilen/Abschmirgeln von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut,
- die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

Beispiel:
Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln.

Ein Behandlungsfehler oder eine Infektion durch die Behandlung führt dabei zu weiteren Schädigungen.

8.2.4 Infektionen.

8.2.4.1 Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
- Insektenstiche und andere Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Wird auf Grund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

- Versicherungsschutz besteht für:
  a) folgende Infektionskrankheiten:
  Borreliose, Bruccellose, Cholera, Diphterie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus, Windpocken;
  b) Impfschäden bei Schutzimpfungen;
  c) Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut,
  d) Infektionen durch Tierbisse;
  e) Infektionen, auch Wundinfektionen und Blutvergiftungen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sind, in den Körper gelangten (Definition: Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.);
  f) Hat ein Unfall nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen zur Folge, besteht Versicherungsschutz nur, wenn uns das ursächliche Unfallereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wird.

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

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

8.2.4.2 Für Angehörige bestimmter Berufsgruppen im Heilwesen gilt folgender erweiterter Versicherungsschutz für Infektionen:
8.2.4.2.1 Für Unfallversicherungen von
- Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern,
- Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/ Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in),
- Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde

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

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.
Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind, gilt: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.
b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall
Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität
- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt

und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

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

cc) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustandekommen und Berufskrankheiten sind.
b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall
Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität
- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt

und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

8 2.5 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

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

Ausnahme
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:
Wir leisten jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine
- durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder
- durch den Unfall neu entstandene Epilepsie

zurückzuführen sind.

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

9.1 Umstellung des Kindertarifs
Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene.

Über den neuen Beitrag werden wir Sie rechtzeitig vor diesem Zeitpunkt informieren. Sie können der mit der Tarifänderung verbundenen Beitragsänderung innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unserer Information über die Umstellung in Textform widersprechen.

Ohne fristgerechten Widerspruch gilt die Beitragsänderung als genehmigt. Hierauf werden wir Sie in unserer Information besonders hinweisen.

Im Fall Ihres fristgerechten Widerspruches wird der Vertrag mit dem bisherigen Beitrag fortgesetzt und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

9.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
Die Höhe des Beitrages im Erwachsenen-Tarif 1 (18 bis einschließlich 67 Jahre) hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. Sie finden das Verzeichnis im Internet unter: berufe-uv.barmenia.de

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

9.2.1.1 Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich und wird bei Erkennen dieser Pflichtverletzung die Anzeige unverzüglich nachgeholt, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme gemäß Ziffer 9.2.3 nicht ein. Ist die neue Beschäftigung nach Ziffer 9.2.2 nicht versicherbar, endet der Vertrag - auch unabhängig von einer Nachholung der Anzeige - rückwirkend mit Beendigung des bisherigen Berufes.

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

Beispiel:
In einem Kleinbetrieb muss ein Büro-Sachbearbeiter zweimal jährlich für 2-3 Wochen einen Lagerarbeiter vertreten.

9.2.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben:
- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler
- Berufstaucher (z. B. Bergungstaucher, Forschungstaucher)

- Dompteur
- Feuerwerker
- Fluglehrer (auch Lehrer für Drachenflug, Paragliding etc.)
- Flugpersonal (Besatzungsmitglieder)
- Lehrer für das Fallschirmspringen
- Mitglieder von Munitionssuch- und –räumtrupps
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Piloten
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntmen
- Test-/Versuchsfahrer/Werksfahrer
- Tierbändiger

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/Beschäftigung gemäß Ziffer 9.2.2 aufnimmt und damit nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung.

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

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

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

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

9.2.5 Wegfall von Berufsgruppen
Ab 68 Jahre (= Erwachsenen-Tarif 2) hängt die Höhe des Beitrages nicht mehr von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Für versicherte Personen, die während der Laufzeit des Vertrages 68 Jahre alt werden, wird der Beitrag zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres gemäß des Erwachsenen-Tarifs 2 neu berechnet.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in den Ziffern 2 bis 4 geregelt.

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

10.1 Arztpflicht
Nach einem Unfall müssen Sie oder die versicherte Person einen Arzt hinzuziehen und uns Mitteilung machen.
Schienen die Unfallfolgen zunächst geringfügig zu sein oder wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.

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

10.2 Vollständige und wahre Auskunft
Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

10.3 Ärztliche Untersuchung/ Kosten/Verdienstausfall
Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 2 ‰ der für die versicherte Person geltenden Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung, höchstens jedoch 500 EUR pro Unfallereignis. Ist für die versicherte Person als Invaliditätsleistung nur eine Unfallrente (Ziffer 2.1.3) vereinbart, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 20 % eines Monatsrentenbetrages, höchstens 500 EUR pro Unfallereignis.

10.4 Schweigepflichtentbindung
Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

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

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

10.5 Meldepflicht bei Tod durch Unfall
Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von vier Wochen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
Die Frist beginnt, sobald Sie oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit der Unfallursächlichkeit haben.

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

11 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 10 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,
a) wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
b) wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde.

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

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

12 Wann sind die Leistungen fällig?

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

12.1 Erklärung über die Leistungspflicht
Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei der Invaliditäts-Kapitalleistung und der Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditäts-Kapitalleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 10.

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

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

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, kann ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 15.000 EUR verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

12.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades
Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

12.4.1 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens
- zwei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch uns,
- drei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch Sie,
- fünf Jahre nach dem Unfall bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

12.4.2 Das Verlangen einer Neubemessung können
- Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 12.4.1 oder
- wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 12.1

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

Die Versicherungsdauer

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

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

13.2 Dauer und Ende des Vertrages
13.2.1 Vertragsdauer
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

13.2.2 Stillschweigende Verlängerung
Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

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

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

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

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

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

13.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen
Befindet sich die versicherte Person als Berufs- oder Zeitsoldat auf einem Auslandseinsatz, so besteht während dieser Zeit kein Versicherungsschutz und keine Verpflichtung zur Beitragszahlung.

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
- Beim Auslandseinsatz wird nur humanitäre Hilfe oder Katastrophenhilfe geleistet oder
- es handelt sich um (Wehr-)Übungen/ Manöver/Reserveübungen.

Der ruhende Versicherungsschutz und die Beitragszahlungspflicht leben wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

13.5 Versicherungsjahr
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Der Versicherungsbeitrag

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

14.1 Beitrag und Versicherungsteuer
14.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode
Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt
- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

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

14.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
14.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Wenn Sie den Versicherungsschein erhalten, wird der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen zur Zahlung fällig.
Ist für die Zahlung ein anderer, späterer Fälligkeitszeitpunkt vereinbart und im Versicherungsschein angegeben und obige Frist von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins abgelaufen, so ist der Beitrag unverzüglich zum vereinbarten Zeitpunkt zu zahlen.

14.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

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

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

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

14.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
14.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

14.3.2 Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 14.3.3).

14.3.3 Zahlungsfrist
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen (Mahnung). Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 14.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

14.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

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

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

14.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/ Rechtzeitigkeit der Zahlung/ Kündigungsrecht bei Widerruf
14.4.1 Pflichten des Versicherungsnehmers
a) Voraussetzung und Geschäftsgrundlage für den Abschluss und den Fortbestand des Versicherungsvertrages ist, dass wir von Ihnen oder von einer anderen Person zum Einzug des jeweils fälligen Beitrages von Ihrem bzw. deren Bankkonto im Wege des SEPA-Lastschriftverfahrens ermächtigt wurden und diese Ermächtigung aufrechterhalten wird. Zur Sicherstellung des erfolgreichen Beitragseinzugs im SEPA-Lastschriftverfahren haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass Ihr Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages eine ausreichende Deckung aufweist.
b) Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung

auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

14.4.2 Kündigungsrecht bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandates
Wird das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.

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

14.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

14.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
14.6.1 Voraussetzung
Die Versicherung der im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder wird – sofern der Vertrag noch nicht gekündigt war – beitragsfrei weitergeführt, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages
a) durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber infolge eines Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisses) oder
b) einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50 % führt.
Voraussetzung für eine beitragsfreie Versicherung gemäß a) ist, dass Sie bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

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

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

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

14.7 Tarifstufen (altersabhängig)
14.7.1 Kinder-Tarif
Der Kinder-Tarif gilt für Personen von 0 bis einschließlich 17 Jahren.

14.7.2 Erwachsenen-Tarife
Der Erwachsenen-Tarif ist in verschiedene Tarifstufen aufgeteilt. Ausschlaggebend ist jeweils das Alter der versicherten Person:
– Erwachsenen-Tarif 1: für Personen von 18 bis einschließlich 67 Jahren (mit Zu- oder Abschlägen für berufliche Tätigkeiten (Ziffer 9.2), individuelle Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1.2) möglich),
– Erwachsenen-Tarif 2: für Personen von 68 bis einschließlich 74 Jahren,
– Erwachsenen-Tarif 3: für Personen von 75 bis einschließlich 79 Jahren,
– ab 80 Jahren ist der Abschluss einer Unfallversicherung nicht mehr möglich.

14.7.3 Umstufung von bestehenden Versicherungen
Sobald die versicherte Person die jeweils nächste Tarifstufe erreicht, wird der Beitrag ab der darauf folgenden Hauptfälligkeit nach der dann gültigen Tarifstufe berechnet.

Beispiel:
Die versicherte Person hat mit 60 Jahren die Unfallversicherung abgeschlossen und wird jetzt 68 Jahre alt.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Beitrag nach dem teureren Erwachsenen-Tarif 2 berechnet.
– *Zuschläge oder Nachlässe auf Grund der Berufstätigkeit entfallen ab diesem Zeitpunkt.*
– *Eine ggf. nach Ziffer 2.1.2.2.1.2 vereinbarte individuelle Gliedertaxe entfällt, dafür wird die Standard-Gliedertaxe Premium-Schutz zu Grunde gelegt. Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann geltenden Tarif beitragsmindernd, Erhöhungen beitragssteigernd aus.*

Zusätzlich zu den in Ziffer 14.7.2 genannten Erwachsenen-Tarifen gibt es für bestehende Verträge noch 2 weitere Tarifstufen:
– für die Fälligkeiten nach dem 80. Geburtstag,
– für die Fälligkeiten nach dem 85. Geburtstag.

14.7.4 Ihre Kündigungsmöglichkeit nach Beitragserhöhungen oder Recht auf Reduzierung der Versicherungssummen
Wir werden Sie jeweils rechtzeitig in Textform über die Veränderung des Beitrages und über Ihr Änderungs-/Kündigungsrecht informieren. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Weitere Regelungen

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

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

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

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

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

15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

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

16.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
– nach Ihrer Vertragserklärung,
– aber noch vor Vertragsannahme
in Textform stellen.

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

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

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

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
– weder eine vorsätzliche,
– noch eine grob fahrlässige
Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

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

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

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 14.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

16.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

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

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

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

16.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 16.1. bis 16.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

17 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

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

17.2 Aussetzung der Verjährung
Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

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

18.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

18.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

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

19 Bedingungsänderung

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

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

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

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

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

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

20 Künftige Bedingungsverbesserungen

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

21 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die Leistungen die dieser Unfallversicherung zu Grunde liegenden "Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz" Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (Stand 25.03.2014).

22 Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis "Beratungsprozesse" empfohlenen Mindestleistungsstandards

Wir garantieren Ihnen, dass unsere "Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz" die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis "Beratungsprozesse" (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden. (Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften. Der Arbeitskreis empfiehlt Risikoanalysen und Mindestleistungsstandards für die Vermittler.)

23 Welches Gericht ist zuständig?

23.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

– das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
– das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

24 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

25 Sanktions-/Embargoklausel

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

Nicht-Schlechterstellungs-Garantie

26 Nicht-Schlechterstellungs-Garantie beim Wechsel der Unfallversicherung zur Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG/Adcuri GmbH

26.1 Gegenstand und Voraussetzungen für die "Nicht-Schlechterstellungs-Garantie"

26.1.1 Die "Nicht-Schlechterstellungs-Garantie" gilt für den Fall, dass ein Schadensfall über die Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz"

a) nicht oder
b) summenmäßig im Rahmen von Deckungserweiterungen/Sublimits nicht ausreichend

versichert ist – der Schadensfall im Deckungsumfang des unmittelbaren Vorversicherungsvertrages desselben Versicherungsnehmers für dasselbe Risiko bei einer anderen Versicherungsgesellschaft jedoch gedeckt oder mit einer höheren Entschädigungsgrenze oder einer geringeren Selbstbeteiligung versichert war.

26.1.2 Für eine Leistung der Barmenia im Rahmen der "Nicht-Schlechterstellungs-Garantie" müssen die folgenden weiteren Voraussetzungen erfüllt sein:

Der unmittelbare Vorversicherungsvertrag

a) wurde nicht vom Vorversicherer, sondern vom Versicherungsnehmer gekündigt und
b) muss mindestens für ein volles Versicherungsjahr bestanden haben;
c) Der Zeitraum zwischen der Beendigung des unmittelbaren Vorversicherungsvertrages und dem Beginn der Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz" darf nicht mehr als drei Monate betragen.

26.1.3 Sind die Voraussetzungen für die "Nicht-Schlechterstellungs-Garantie" gemäß 26.1.1 und 26.1.2 erfüllt, wird sich die Barmenia nicht auf Leistungsausschlüsse bzw. Leistungseinschränkungen in den Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz" berufen, sondern den Schadensfall nach den Bestimmungen des Vorversicherungsvertrages im Umfang von 26.2 und 26.3 regulieren.

26.2 Der Leistungsfall

26.2.1 Leistungsumfang

Für die Feststellung des Leistungsumfanges sind die Vertragsgrundlagen/Versicherungsbedingungen der Vorversicherung maßgeblich, die zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Unfallversicherung "Premium-Schutz" galten. Danach beantragte bzw. vorgenommene Änderungen der Vorversicherung werden nicht berücksichtigt.

26.2.1.1 Tritt ein Schadensfall ein, für den die Barmenia nach den geltenden Versicherungsbedingungen nicht zur Leistung verpflichtet ist, so erhält der Versicherungsnehmer dann eine Leistung, wenn für den Schadensfall über die Versicherungsbedingungen des unmittelbaren Vorversicherungsvertrages Versicherungsschutz bestanden hätte.

26.2.1.2 Gilt nach den Versicherungsbedingungen des unmittelbaren Vorversicherungsvertrages für einen Schadensfall

a) eine höhere Entschädigungsgrenze als nach den geltenden Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz" (als Leistungsgrenze innerhalb der für den Vertrag vereinbarten Versicherungssumme), so wird bei der Entschädigungsberechnung die höhere Entschädigungsgrenze des Vorversicherungsvertrages zu Grunde gelegt;
b) für einzelne Leistungseinschlüsse eine geringere Selbstbeteiligung als nach den geltenden Versicherungsbedingungen für die Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz", so wird bei der Entschädigungsberechnung die geringere Selbstbeteiligung des Vorversicherungsvertrages berücksichtigt.

26.2.1.3 Höchstersatzleistung

Die Leistungen der Barmenia, die unter diese Leistungsgarantie fallen, sind – im Rahmen der für die Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz" vereinbarten Versicherungssummen (unter Berücksichtigung einer ggf. vorhandenen Vorsorgeregelung) – für alle Schadensfälle, die während der gesamten Vertragslaufzeit eintreten, insgesamt auf einen Betrag von 250.000 EUR begrenzt.

Die Barmenia leistet nicht für die Differenz zwischen der für den Vorversicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme und der für die Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz" vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Differenz vom Versicherungsnehmer willentlich verursacht wurde.

26.3 Einschränkungen der "Nicht-Schlechterstellungs-Garantie"

26.3.1 Für Leistungen des Vorversicherungsvertrages, die bei der Barmenia nur gegen Beitragszuschlag versicherbar sind, gilt die "Nicht-Schlechterstellungs-Garantie" nur dann, wenn diese Leistungen in die Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz" eingeschlossen wurden.

26.3.2 Nicht unter die Leistungsgarantie fallen die im Vorversicherungsvertrag vereinbarte Gliedertaxe und eine gegebenenfalls vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel.

Das heißt, Berechnungsgrundlage für die Leistung der Barmenia ist die mit der Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz" vereinbarte Gliedertaxe und gegebenenfalls progressive Invaliditätsstaffel.

26.3.3 Assistanceleistungen, sonstige versicherungsfremde Leistungen sowie von dem Vorversicherer extern zugekaufte Versicherungs- und Dienstleistungen fallen nicht unter die "Nicht-Schlechterstellungs-Garantie".

26.4 Obliegenheiten und Folgen einer Obliegenheitsverletzung

Ohne Mitwirkung des Versicherungsnehmers kann die Barmenia ihre Leistung nicht erbringen. Im Versicherungsfall muss der Versicherungsnehmer daher – zusätzlich zu den Obliegenheiten der Barmenia-Unfallversicherung "Premium-Schutz" – insbesondere diese Pflichten erfüllen:

26.4.1 Pflichten des Versicherungsnehmers im Versicherungsfall?

26.4.1.1 Aufklärungs- und Nachweispflicht

Der Versicherungsnehmer muss alles tun, was zur Aufklärung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht der Barmenia erforderlich ist. Es muss dabei insbesondere

– die Fragen der Barmenia zu den Umständen des Schadenereignisses und zu ihrer Leistungspflicht wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Die Barmenia kann verlangen, dass der Versicherungsnehmer in Textform antwortet.
– der Barmenia über den Vorversicherungsvertrag
– den Versicherungsschein und
– die allgemeinen und speziellen Versicherungsbedingungen einreichen;
– der Barmenia angeforderte Nachweise vorlegen, soweit es ihm billigerweise zugemutet werden kann, diese zu beschaffen.

26.4.2 Leistungsfreiheit bzw. Leistungskürzung

Bei vorsätzlicher Verletzung einer nach Eintritt eines Schadensfalles zu erfüllenden Obliegenheit nach 26.4.1 braucht die Barmenia aus dieser Nicht-Schlechterstellungs-Garantie nicht zu leisten.

Wird eine Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, ist die Barmenia berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

a) wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat,
b) wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war,
c) wenn die Barmenia es unterlassen hatten, den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die vorgenannten Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung hinzuweisen.

Der Versicherungsschutz entfällt trotz nachgewiesener fehlender Ursächlichkeit gemäß b), wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Anlage zu den Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Premium-Schutz

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

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

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

2. Tabelle für die Unfallversicherung mit 500 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.4:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 500 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 500 %-Staffel
1	1	1	51	51	108
2	2	2	52	52	116
3	3	3	53	53	124
4	4	4	54	54	132
5	5	5	55	55	140
6	6	6	56	56	148
7	7	7	57	57	156
8	8	8	58	58	164
9	9	9	59	59	172
10	10	10	60	60	180
11	11	11	61	61	188
12	12	12	62	62	196
13	13	13	63	63	204
14	14	14	64	64	212
15	15	15	65	65	220
16	16	16	66	66	228
17	17	17	67	67	236
18	18	18	68	68	244
19	19	19	69	69	252
20	20	20	70	70	260
21	21	21	71	71	268
22	22	22	72	72	276
23	23	23	73	73	284
24	24	24	74	74	292
25	25	25	75	75	300
26	26	28	76	76	308
27	27	31	77	77	316
28	28	34	78	78	324
29	29	37	79	79	332
30	30	40	80	80	340
31	31	43	81	81	348
32	32	46	82	82	356
33	33	49	83	83	364
34	34	52	84	84	372
35	35	55	85	85	380
36	36	58	86	86	388
37	37	61	87	87	396
38	38	64	88	88	404
39	39	67	89	89	412
40	40	70	90	90	420
41	41	73	91	91	428
42	42	76	92	92	436
43	43	79	93	93	444
44	44	82	94	94	452
45	45	85	95	95	460
46	46	88	96	96	468
47	47	91	97	97	476
48	48	94	98	98	484
49	49	97	99	99	492
50	50	100	100	100	500

3. Tabelle für die Unfallversicherung mit 700 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.5

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 700 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 700 %-Staffel
1	1	1	51	51	105
2	2	2	52	52	110
3	3	3	53	53	115
4	4	4	54	54	120
5	5	5	55	55	125
6	6	6	56	56	130
7	7	7	57	57	135
8	8	8	58	58	140
9	9	9	59	59	145
10	10	10	60	60	150
11	11	11	61	61	155
12	12	12	62	62	160
13	13	13	63	63	165
14	14	14	64	64	170
15	15	15	65	65	175
16	16	16	66	66	180
17	17	17	67	67	185
18	18	18	68	68	190
19	19	19	69	69	195
20	20	20	70	70	200
21	21	21	71	71	205
22	22	22	72	72	210
23	23	23	73	73	215
24	24	24	74	74	220
25	25	25	75	75	225
26	26	28	76	76	230
27	27	31	77	77	235
28	28	34	78	78	240
29	29	37	79	79	245
30	30	40	80	80	250
31	31	43	81	81	255
32	32	46	82	82	260
33	33	49	83	83	265
34	34	52	84	84	270
35	35	55	85	85	275
36	36	58	86	86	280
37	37	61	87	87	285
38	38	64	88	88	290
39	39	67	89	89	295
40	40	70	90	90	300
41	41	73	91	91	340
42	42	76	92	92	380
43	43	79	93	93	420
44	44	82	94	94	460
45	45	85	95	95	500
46	46	88	96	96	540
47	47	91	97	97	580
48	48	94	98	98	620
49	49	97	99	99	660
50	50	100	100	100	700

Ihre Unfallversicherung „Top-Schutz“ im Überblick…

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

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

- **in keinem Punkt schlechter sind als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (mit Stand 25.03.2014);**
- **die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden.**

Damit Sie sich in kurzer Zeit einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Barmenia-Unfallversicherung „Top-Schutz“ verschaffen können, sind in der folgenden Übersicht nur die wichtigsten Vorteile aufgeführt. **Die Darstellung ist somit nicht vollständig – die ausführlichen verbindlichen Regelungen finden Sie in den „Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz“ (ab Seite 5).**
In der Übersicht ist zu den einzelnen Punkten vermerkt, unter welcher Ziffer und auf welcher Seite der Versicherungsbedingungen die ausführlichen verbindlichen Regelungen zu finden sind.

Diese Leistung des Top-Schutzes	**finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite**	**unter Ziffer**
– Versichert sind Unfälle – weltweit. Wir leisten für Gesundheitsschädigungen, die durch Unfälle hervorgerufen werden.	7	1
– Keine Leistungsminderung bei Mitwirkung von Krankheiten/Gebrechen an den Unfallfolgen bis zu einem Mitwirkungsanteil von 50 %: Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Wenn bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die nach einem Unfall aufgetretenen Gesundheitsschädigungen erst hervorgerufen haben oder verschlimmern, wird unsere Leistung nicht gekürzt, wenn der Anteil der Krankheiten/Gebrechen an den Gesundheitsschäden unter 50 % liegt. Erst wenn der Mitwirkungsanteil darüber liegt, wird bei einer Invalidität der Invaliditätsgrad, in allen anderen Fällen die Leistung um diesen Anteil gekürzt.	15	6
A. Diese Leistungsarten können Sie versichern		
– Invaliditätsleistung	7	2.1
– Invaliditäts-Kapitalleistung	7	2.1.2
– Unfallrente	8	2.1.3
– Krankenhaustagegeld	8	2.2
– Genesungsgeld (automatisch versichert, wenn Sie ein Krankenhaustagegeld gewählt haben)	8	2.3
– Todesfallleistung	9	2.4
B. Wichtige Fristen zur Invaliditätsleistung		
– Für den Anspruch auf eine Invaliditätsleistung müssen folgende Fristen eingehalten werden: – Die Invalidität muss eingetreten sein innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall; – Die Invalidität muss ärztlich festgestellt sein innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall;	7	2.1.1.2
– Sie müssen Ihren Anspruch auf Invaliditätsleistung geltend machen innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall.	7	2.1.1.3
C. Erweiterungen des „Unfallbegriffs“		
Mitversichert sind auch folgende Ereignisse und Gesundheitsschäden:		
– Ertrinken;	7	1.4.1.1
– Tauchtypische Gesundheitsschäden z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung; wir leisten auch für die Behandlung in einer Dekompressionskammer (im Rahmen der Bergungskosten);	7 10	1.4.1.1+ 3.2.2.1
– Erfrierungen;	7	1.4.1.2
– Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich;	7	1.4.1.3
– Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug (auch Ersticken);	7	1.4.1.4

Diese Leistung des Top-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite	unter Ziffer
– Bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschäden wegen der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen;	7	1.4.2
– Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, Staubwolken und Säuren (nicht aber Berufs-/Gewerbekrankheiten);	7	1.4.3
– Vergiftungen (durch Einnahme schädlicher Stoffe) – auch Nahrungsmittelvergiftungen sind versichert;	7	1.4.4
– Durch erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen verursachte – Bauch- oder Unterleibsbrüche, – Verrenkungen von Gelenken, – Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken, – sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, nicht aber Schädigung der Bandscheiben und Verletzungen an Kopf, Lunge und Herz und Blutungen innerer Organe;	7	1.4.5
– Gesundheitsschädigungen durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme.	7	1.4.6
D. Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen		
Unter Ziffer 8 der Versicherungsbedingungen sind die Versicherungsausschlüsse geregelt. Von diesen Ausschlüssen gelten etliche Ausnahmen, für die wir trotzdem leisten. Hier die wichtigsten Fälle, für die wir Versicherungsschutz bieten:		
– Mitversicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen (beim Lenken von Kfz gilt die Mitversicherung bis zu einem Blutalkoholgehalt unter 1,3 ‰);	15	8.1.1 a)
– Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente;	15	8.1.1 b)
– Der Ausschluss "Bewusstseinsstörungen“ wird nicht angewendet bei		
– Herzinfarkt,	15	8.1.1 c)
– Schlaganfall;	15	8.1.1 c)
– Bewusstseinsstörungen, die durch die unfreiwillige Verabreichung von sog. K.-o.-Tropfen verursacht werden.	15	8.1.1 e)
– Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln und das Einschlafen durch Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörung;	15	8.1.1 f)
– Für eine Todesfallleistung bis zum Betrag von 5.000 EUR wird der Ausschluss "Bewusstseinsstörungen" nicht angewendet (das gilt nicht beim Führen eines Kfz unter Alkoholeinfluss ab 1,3 ‰ Blutalkoholgehalt);	15	8.1.1
– Unfälle bei Raufereien und Schlägereien sind mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war;	15	8.1.2
– Kitesurfen;	15	8.1.4
– Fahrtveranstaltungen (bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt) sind versichert (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten und Sicherheitstrainings);	16	8.1.5 a)
– Gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Kartanlagen sind versichert (nur in Europa);	16	8.1.5 b)
– Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert;	16	8.2.2
– Versicherungsschutz (bei a) und g) ausschließlich für die Invaliditäts-Kapitalleistung und Unfallrente) besteht für a) folgende Infektionen nach einer Wartezeit von 3 Monaten: Bruccellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Typhus, Windpocken, b) Folgende weitere Infektionskrankheiten (Wartezeit 3 Monate): Borreliose, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Tularämie (Hasenpest), c) Impfschäden nach einer Schutzimpfung (Wartezeit 3 Monate), d) Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut, e) Infektionen durch Tierbisse, f) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen einschließlich Blutvergiftungen und Wundinfektionen, g) Infektionen durch geringfügige Haut-/Schleimhautverletzungen, wenn das ursächliche Ereignis innerhalb vier Wochen angezeigt wurde (Wartezeit 3 Monate), Nicht infektionsbedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme auf Grund einer solchen allergischen Reaktion gilt als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.	16	8.2.4.1
E. Generell im Versicherungsschutz enthaltene Leistungsarten		
– Rehabilitations-Management-Serviceleistungen bis 10.000 EUR;	9	3.1
– Bergungskosten inklusive Rücktransportkosten bis 30.000 EUR;	10	3.2
– Beihilfe für eine Kur (5.000 EUR) und stationäre Reha-Maßnahme (500 EUR);	10	3.3
– Sofortleistung bei bestimmten Schwerverletzungen bis 6.000 EUR;	10	3.4
– Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnersatzkosten für alle natürlichen Zähne bis 10.000 EUR;	10	3.5

Diese Leistung des Top-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite	unter Ziffer
– Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 %-iger Invalidität bis zu 10.000 EUR (z. B. für den Umbau von Kfz und Wohnung oder Umzug);	10	3.6
– Kostenbeteiligung bis 5.000 EUR – bis 3 Jahre nach dem Unfall – für – ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel (z. B. für Arm-/Beinprothese, Geh-/Stützapparate, Roll-/Krankenfahrstuhl), – künstliche Organe und Organtransplantationen;	10	3.7
– Umschulungsmaßnahmen – Kostenerstattung bei Durchführung einer staatlich anerkannten Umschulung wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit bis 6.000 EUR;	10	3.8
– Haushaltshilfegeld bis 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage;	10	3.9
– Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme (Kostenübernahme für die ersten 10 Sitzungen);	11	3.10
– Für Nachhilfeunterricht versicherter Kinder übernehmen wir vom 15. bis zum 35. Tag nach dem Unfall die Kosten bis zu 30 EUR je Tag;	11	3.11
F. Familien-Vorsorgeversicherung		
– Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für Ihren Ehepartner ab Eheschließung und Ihre Kinder ab Geburt bzw. Adoption für 1 Jahr mit den Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, die für Sie vereinbart sind, höchstens 50.000 EUR für die Invaliditäts-Kapitalleistung und 500 EUR für die Unfallrente.	15	5
G. Der Versicherungsschutz kann ergänzt werden um folgende Leistungen (gegen Zusatzbeitrag)		
– Leistungsdynamik zur Unfallrente: Zahlen wir eine Unfallrente, so wird sie zum 01.01. jeden Jahres um 1,5 % erhöht;	11	4.1
– Extra-Leistung bei Knochenbrüchen bis 5.000 EUR;	11	4.2
– Schnelle Hilfeleistungen bis zu 6 Monate nach dem Unfall (Menüservice, Hausnotruf, Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen, Besorgungen und Einkäufe, Reinigung der Wohnung, Waschen und Pflegen der Wäsche, Körperpflege, Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme; bis zu einer Woche leisten wir eine Kinderbetreuung und –versorgung, Versorgung von Haustieren und Krankenhaushilfe);	11	4.6
– Familienhilfe bis zu einem Monat nach dem Unfall: Organisation und Bezahlung einer Betreuungsperson für die – Kinderbetreuung und –versorgung, – Haushaltsführung; Die Betreuungsperson sorgt auch für die Mobilität der Kinder (Begleitung zur Tagesstätte, Kindergarten, Schule, Vereinssportveranstaltungen, organisierten entgeltlichen Kursen/Unterrichtsstunden, Arztterminen etc.).	13	4.7
– Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall	14	4.8
H. Wichtige Obliegenheiten nach einem Unfall		
– Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seine Anordnungen befolgt werden – außerdem müssen Sie uns informieren;	17	10.1
– Es gilt nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ein Arzt zu spät hinzugezogen wird;	17	10.1
– Die Anzeigefrist für einen Unfalltod beträgt eine Woche;	18	10.5
– Folgenlos bleibt eine versehentlich unterbliebene Anzeige bzw. Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, wenn diese nach Erkennen des Versehens unverzüglich nachgeholt wird.	18	11 b)
I. Beitragsfreistellung		
– Der Unfallschutz wird für mitversicherte minderjährige Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr beitragsfrei weitergeführt, wenn Sie – während der Vertragslaufzeit durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber durch Krieg/Bürgerkrieg) – Voraussetzung: Sie waren bei Vertragsabschluss jünger als 55 Jahre, – durch einen Unfall mindestens zu 50 % invalide werden;	19	14.6.1
– Die Beitragsfreistellung gilt auch für den mitversicherten Ehe-/Lebenspartner bis zum 18. Lebensjahr des jüngsten versicherten Kindes.	19	14.6.4

J. Sonstige Erweiterungen zu einzelnen Leistungsarten		
– Zur Invaliditätsleistung:		
– Um 20 % erhöhte Invaliditäts-Kapitalleistung bei Kopfverletzungen, die die versicherte Person bei einem Fahrrad-, Ski-, Reit- oder Inliner-Unfall erlitten hat, obwohl sie durch einen Helm geschützt war.	8	2.1.2.4
– Ein Vorschuss bei laufendem Heilverfahren auf die zu erwartende Invaliditätsleistung ist möglich innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, ist ein Vorschuss bis zu einem Betrag von 10.000 EUR möglich (Voraussetzung: Die versicherte Person ist nicht in Lebensgefahr);	18	12.3
– Zum Krankenhaustagegeld:		
– Das Krankenhaustagegeld wird ab dem 30. Tag auf 150 % erhöht;	8	2.2.2
– Für Aufenthalte in Sanatorien im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zahlen wir für bis zu 60 Tage 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegeldes;	8 8	2.2.1.1 + 2.2.2.2
– Wir leisten auch für Aufenthalte in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Reha dient;	8	2.2.1.2
– Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze;	8	2.2.1.3
– Das Krankenhaustagegeld wird für bis zu 14 Tage verdoppelt bei einem Unfall und vollstationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland;	8	2.2.2.1
– Rooming-In für Kinder bis 14 Jahre: Wird ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung;	8	2.2.2.4
– Zum Genesungsgeld:		
– Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, wie Krankenhaustagegeld gezahlt wurde, längstens aber für 200 Tage;	8	2.3.2
– Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze;	8	2.2.2.3 +2.3.2
– Zur Todesfallleistung:		
– Verschollenheit nach §§ 5 bis 7 Verschollenheitsgesetz gilt als Nachweis des Unfalltodes;	9	2.4.1.1
– Für minderjährige Kinder bei Unfalltod beider Eltern: Sterben beide Eltern bei einem Unfallereignis und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppeln sich die vereinbarten Todesfallleistungen der Eltern. Die Mehrleistung ist begrenzt auf 60.000 EUR.	9	2.4.2.1
– Verdoppelung einer mitversicherten Todesfallleistung für Unfälle bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.		
– Um 20 % erhöhte Todesfallleistung bei Kopfverletzungen, die die versicherte Person bei einem Fahrrad-, Ski-, Reit- oder Inliner-Unfall erlitten hat, obwohl sie durch einen Helm geschützt war.	9	2.4.2.2

Barmenia-Unfallversicherungs-bedingungen – Top-Schutz

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Stand 01.02.2016

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 Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz. Zusammen mit dem Angebot/Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

Ihre Barmenia

Wer ist wer?

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

Inhaltsübersicht

Seite

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert? 7
1.1 Grundsatz 7
1.2 Geltungsbereich 7
1.3 Unfallbegriff 7
1.4 Erweiterter Unfallbegriff 7
1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht 7

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten? 7
2.1 Invaliditätsleistung 7
2.1.2 Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung 7
2.1.3 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % 8
2.2 Krankenhaustagegeld 8
2.3 Genesungsgeld 8
2.4 Todesfallleistung 9
2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) 9
2.6 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) 9

3 Welche Leistungen sind generell mitversichert? 9
3.1 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen 9
3.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze 10
3.3 Beihilfe für eine Kur- und stationäre Reha-Maßnahme 10
3.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen 10
3.5 Kosten für kosmetische Operationen 10
3.6 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen 10
3.7 Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel 10
3.8 Umschulungsmaßnahmen 10
3.9 Haushaltshilfegeld 10
3.10 Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme 11
3.11 Kosten für Nachhilfeunterricht 11

4 Welche Leistungserweiterungen können gegen zusätzlichen Beitrag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden? 11
4.1 Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) 11
4.2 Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen 11
4.3 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%-Staffel) 11
4.4 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %-Staffel) 11
4.5 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (700 %-Staffel) 11
4.6 Hilfeleistungen 11
4.7 Familienhilfe 13
4.8 Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall 14

5 Familien-Vorsorgeversicherung 15

6 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen? 15
6.1 Krankheiten und Gebrechen 15
6.2 Mitwirkung 15

7 Welche Personen sind nicht versicherbar? 15

8 Was ist nicht versichert? 15
8.1 Ausgeschlossene Unfälle 15
8.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden 16

9 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? 17
9.1 Umstellung des Kindertarifs 17
9.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung 17

Der Leistungsfall

10 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)? 17

11 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? 18

12 Wann sind die Leistungen fällig? 18
12.1 Erklärung über die Leistungspflicht 18
12.2 Fälligkeit der Leistung 18
12.3 Vorschüsse 18
12.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades 18

Seite

Die Versicherungsdauer

13 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen? 18
13.1 Beginn des Versicherungsschutzes 18
13.2 Dauer und Ende des Vertrages 18
13.3 Kündigung nach Versicherungsfall 18
13.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen 18
13.5 Versicherungsjahr 18

Der Versicherungsbeitrag

14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? 18
14.1 Beitrag und Versicherungsteuer 18
14.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag 19
14.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag 19
14.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/Rechtzeitigkeit der Zahlung/Kündigungsrecht bei Widerruf 19
14.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung 19
14.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern 19
14.7 Tarifstufen (altersabhängig) 19

Weitere Regelungen

15 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? 20
15.1 Fremdversicherung 20
15.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller 20
15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen 20

16 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? 20
16.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht 20
16.2 Möglich Folgen einer Anzeigepflichtverletzung 20
16.3 Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte 20
16.4 Anfechtung 20
16.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes 20

17 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? 20
17.1 Gesetzliche Verjährung 20
17.2 Aussetzung der Verjährung 21

18 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift? 21

19 Bedingungsänderung 21

20 Künftige Bedingungsverbesserungen 21

Seite

21 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen 21

22 Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis "Beratungsprozesse" empfohlenen Mindestleistungsstandards 21

23 Welches Gericht ist zuständig? 21

24 Welches Recht findet Anwendung? ... 21

25 Sanktions-/Embargoklausel 21

Anlage

Tabellen zu den progressiven Invaliditätsstaffeln

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz
Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

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

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff
1.4.1 Als Unfall gelten auch
1.4.1.1 das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung;
Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer sind im Rahmen der Bergungskosten (Ziffer 3.2) mitversichert.
1.4.1.2 Gesundheitsschäden durch Erfrierungen;
1.4.1.3 Gesundheitsschäden durch Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches;
1.4.1.4 unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug

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

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

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

1.4.5 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung
a) Bauch- und Unterleibsbrüche erleidet,
b) Gelenke verrenkt,
Beispiel:
Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
c) Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken zerrt oder zerreißt,
Beispiel:
Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm
d) sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule erleidet.
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.

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

1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht
Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 6), den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 7) sowie zu den Ausschlüssen (Ziffer 8). Sie gelten für alle Leistungsarten.

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

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

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

2.1 Invaliditätsleistung
Für den Fall einer Invalidität können die folgenden Leistungsarten vereinbart werden:
– die Invaliditäts-Kapitalleistung (siehe Ziffer 2.1.2) und/oder
– die Unfallrente (siehe Ziffer 2.1.3).

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:
2.1.1.1 Invalidität
Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt
– die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
– dauerhaft
beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn
– sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
– eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität
Die Invalidität ist innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall
– eingetreten und
– innerhalb von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.
Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität
Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltendmachen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.
Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.
Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung
2.1.2.1 Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
– die vereinbarte Versicherungssumme und
– der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des 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 12.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxen
2.1.2.2.1.1 Standard-Gliedertaxe Top-Schutz
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

Arm	75 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Hand	60 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
Mittelfinger	10 %
Ringfinger	10 %
kleiner Finger	10 %
sämtliche Finger einer Hand, jedoch maximal	60 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	65 %
Bein bis unterhalb des Knies	55 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %
Fuß	45 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %

Auge	65 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	10 %
Sprachvermögen	100 %

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

Beispiel:
Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 75 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7,5 % (= ein Zehntel von 75 %).

Bei allen Berechnungs-Beispielen wird mit der Standard-Gliedertaxe Top-Schutz gerechnet.

2.1.2.2.1.2 Individuelle Gliedertaxe
Wenn die versicherte Person zwischen 18 und 67 Jahren alt ist, können Sie abweichend von der "Standard-Gliedertaxe Top-Schutz" individuelle Prozentsätze für einzelne Körperteile und Sinnesorgane wählen. Die vertraglich vereinbarten Invaliditätsgrade sind dann im Versicherungsschein genannt.

Im Versicherungsjahr, welches nach Ihrem 68. Geburtstag beginnt, entfällt die individuelle Gliedertaxe. Es gilt dann die "Standard-Gliedertaxe Top-Schutz". Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann geltenden Tarif beitragsmindernd, Erhöhungen beitragssteigernd aus.

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe
Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.
Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

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

Beispiel:
Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 75 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7,5 % (= ein Zehntel von 75 %). Diese 7,5 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 67,5 %.

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

Beispiel:
Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (75 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 110 % 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, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
– Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
– die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.1.2.4 Erhöhte Invaliditäts-Kapitalleistung bei Kopfverletzungen wenn ein Schutzhelm getragen wurde
Die vereinbarte Versicherungssumme wird um 20 % erhöht, wenn der Unfall beim
– Fahrradfahren (bei Kindern auch Roller-, Laufrad- oder Dreiradfahren),
– Skifahren
– Inlineskaten, Rollschuhfahren oder Schlittschuhlaufen, Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reitkappe getragen hat.

2.1.3 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %
2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

Individuelle Gliedertaxen (Ziffer 2.1.2.2.1.2) und vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln (Ziffern 4.3 bis 4.5) oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.1.3.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.1.3.3 Beginn und Dauer der Leistung
2.1.3.3.1 Wir zahlen die Unfallrente
– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
– monatlich im Voraus.

2.1.3.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem
– die versicherte Person stirbt oder
– wir Ihnen mitteilen, dass auf Grund einer Neubemessung nach Ziffer 12.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

2.2 Krankenhaustagegeld
2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

2.2.1.1 Sanatoriumsaufenthalt
Bei unfallbedingtem Aufenthalt in Sanatorien wird das Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn die versicherte Person vor dem unfallbedingten Sanatoriumsaufenthalt auf Grund des Unfalles stationär im Krankenhaus behandelt wurde.

2.2.1.2 Aufenthalt in „gemischten Instituten“
Erfolgt die unfallbedingte Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so bleibt der Krankenhaustagegeldanspruch bestehen.

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

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalls.

Vom **30. Tag** eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthalts an erhöht sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld um 50 %.
Für Aufenthalte in Sanatorien gilt eine geringere Leistungshöhe und –dauer gemäß Ziffer 2.2.2.2.

2.2.2.1 Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 14 Tagen, wenn sich der **Unfall im Ausland** ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

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

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

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

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

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

2.4 Todesfallleistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 10.5.

2.4.1.1 Verschollenheit

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

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4.2.1 Unfalltod beider Elternteile

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

2.4.2.2 Erhöhte Todesfallleistung bei Kopfverletzungen wenn ein Schutzhelm getragen wurde

Die vereinbarte Versicherungssumme wird um 20 % erhöht, wenn der Unfall beim

- Fahrradfahren (bei Kindern auch Roller-, Laufrad- oder Dreiradfahren),
- Skifahren
- Inlineskaten, Rollschuhfahren oder Schlittschuhlaufen, Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reitkappe getragen hat.

2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

2.5.1 Sie können die vereinbarten Versicherungssummen für

- die Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2),
- die Unfallrente (Ziffer 2.1.3),
- das Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.2) und
- die Todesfallleistung (Ziffer 2.4)

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

2.5.2 Voraussetzungen für die Erhöhung der Versicherungssummen

a) Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.

b) Die versicherte Person hat noch keinen Unfall erlitten, der zu einer Leistung aus diesem Vertrag geführt hat.

2.5.3 Begrenzung der Erhöhungsmöglichkeit

a) Innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren können Sie die Versicherungssummen um 25 % der jeweils zuletzt geltenden Summen heraufsetzen.

b) Die zum Zeitpunkt der Erhöhung in unseren Annahmerichtlinien festgelegten Höchstversicherungssummen bilden die Höchstgrenze für eine Nachversicherung.

2.6 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik)

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

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

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

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

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

2.6.5 Automatische Beendigung der Summendynamik für einzelne versicherte Personen

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

a) für die eine Unfallrente vereinbart ist und die Versicherungssumme hierfür den Höchstbetrag erreicht hat, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist. Gleichzeitig entfällt auch die Erhöhung der übrigen für die jeweilige versicherte Person vereinbarten Versicherungssummen.

b) zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 68.Lebensjahr vollendet.

3 Welche Leistungen sind generell mitversichert?

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

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

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

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

3.1 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen

3.1.1 Voraussetzung für die Leistung

Ist nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 auf Basis der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zu erwarten, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitations-Management-Serviceleistungen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen.

3.1.2 Art der Leistung

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

- In der ersten Leistungsphase wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfohlen.
- In der zweiten Leistungsphase werden für die versicherte Person umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung für die kommenden Monate oder Jahre erarbeitet.
- In der dritten Leistungsphase wird die versicherte Person auf Basis der in der zweiten Leistungsphase erarbeiteten Empfehlungen kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleitet.

3.1.3 Höhe der Leistung

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

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

3.1.4 Art und Umfang der Leistungen sowie Dauer der Leistungserbringung

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

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

3.1.5 Ort der Leistungserbringung

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

3.1.6 Zahlung ohne endgültige Prüfung des Anspruchs

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

3.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

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

entstanden.

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

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

3.2.2 Art der Leistung

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

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

3.2.2.3 Wir ersetzen bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

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

3.2.3 Höhe der Leistung

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 30.000 EUR begrenzt.

3.3 Beihilfe für eine Kur- und stationäre Reha-Maßnahme

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung für eine Kurmaßnahme

3.3.1.1 Die versicherte Person hat

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

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

3.3.1.2 Höhe der Leistung für eine Kurmaßnahme

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

3.3.2 Voraussetzungen für die Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme

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

3.3.2.1 Höhe der Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme

Die Beihilfe für eine stationär durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme wird in Höhe von 500 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird die Regelung der Ziffer 6 entsprechend berücksichtigt.

3.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

3.4.1 Voraussetzung und Umfang der Leistung

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer im Folgenden genannten Verletzung, wird einmalig eine Sofortleistung in Höhe von 6.000 EUR gezahlt, sofern nicht der Tod innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall eintritt:

a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;

b) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;

c) Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades;

d) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche;

e) Erblindung;

f) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:

- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
  - Fraktur eines langen Röhrenknochens;
  - Fraktur des Beckens;
  - Fraktur der Wirbelsäule;
  - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

3.4.2 Anrechnung der Sofortleistung auf die Invaliditäts-Kapitalleistung

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

3.5 Kosten für kosmetische Operationen

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur natürliche Zähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

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

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

3.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe von 10.000 EUR.

3.6 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Hat der Unfall zu einem nach Ziffer 2.1.2.2 ermittelten unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt und wird auf Grund der Unfallfolgen

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

medizinisch notwendig, erstatten wir hierfür entstehende Kosten bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet bis zur Höhe von 10.000 EUR.

Die Leistung wird bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht.

3.7 Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel

Werden auf Grund der Unfallfolgen

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

medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, erstatten wir hierfür entstehende Kosten bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet bis zur Höhe von 5.000 EUR. Die Leistung wird bei entsprechendem Nachweis über die medizinische Notwendigkeit und ärztliche Verordnung erbracht.

3.8 Umschulungsmaßnahmen

Hat der Unfall die Berufsunfähigkeit der versicherten Person zur Folge und absolviert sie daher eine staatlich anerkannte Umschulung, werden die Kosten hierfür bis zu 6.000 EUR erstattet. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außer Stande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

3.9 Haushaltshilfegeld

3.9.1 Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der den Haushalt versorgenden versicherten Person, zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 3.9.2 zu betreuen oder zu versorgen, übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe für bis zu 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage.

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

- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder

– in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

3.10 Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, auf Grund ärztlicher Anordnung psychologische Soforthilfe, werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen ersetzt. Diese Leistung erbringen wir, auch ohne dass ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1 vorliegt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 8.2.5 gilt hierfür nicht.

3.11 Kosten für Nachhilfeunterricht

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfalls in medizinisch notwendiger Heilbehandlung und kann nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlen wir für die nachweislich angefallenen Kosten für erteilten Nachhilfeunterricht einen Kostenzuschuss in folgender Höhe:
ab dem 15. bis zum 35. Tag nach dem Unfall:
je 30 EUR.

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

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

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

Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.1.3, erhöhen wir zum 1.1. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 %, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

4.2 Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen – sofern vereinbart

4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

4.2.2 Höhe der Leistungen

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

4.2.3 Leistungsprozentsatz

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

Mehrfache Verletzungen eines Knochens werden so behandelt, als wäre nur eine einzige Verletzung eingetreten. Sind mehrere Knochen verletzt, für die insgesamt in der Tabelle ein einziger Leistungsprozentsatz ausgewiesen ist, so wird dieser auch nur einmal für die Leistungsberechnung angesetzt. Sind durch den Unfall mehrere der in der Tabelle aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die jeweiligen Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % – maximal 5.000 EUR – werden jedoch nicht angenommen.

4.2.4 Ausschluss der Dynamik

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

4.2.5 Beendigung des Versicherungsschutzes für Knochenbrüche

Diese Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen entfallen– ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60 Lebensjahr vollendet.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:
a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.
Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:
a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
c) für den 50 %, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme.
Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:
a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
c) für den 50 %, nicht aber 90 % übersteigen den Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme;
d) für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierzigfache Invaliditätssumme.
Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

4.6 Hilfeleistungen – sofern vereinbart

4.6.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

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

4.6.1.2 Die Hilfeleistungen werden für die Dauer erbracht, die die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.6.1.1 hilfsbedürftig ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet.
Die Kinderbetreuung und -versorgung (Ziffer 4.6.2.9), die Haustierversorgung (Ziffer 4.6.2.10) und die Krankenhaushilfe (Ziffer 4.6.2.11) werden längstens für einen Zeitraum von einer Woche erbracht.

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

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

4.6.2 Art und Umfang der Leistungen

4.6.2.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person mit täglich einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters und tragen die Kosten dafür. Die versicherte Person kann Menüs aus einem Menüsortiment frei auswählen.

4.6.2.2 Hausnotruf

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und eingerichtet, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.
Wir übernehmen die hierfür anfallenden Kosten.

4.6.2.3 Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen bis zu zweimal je Woche

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal je Woche. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und – für Fahrten in einem Umkreis von 25 Kilometern Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person – die für die versicherte Person selbst anfallenden Fahrtkosten, soweit diese nicht durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten sind. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometer vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.6.2.4 Besorgungen und Einkäufe bis zu zweimal je Woche

Hierzu zählen

a) das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,

b) das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge),

c) die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,

d) die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie

e) gegebenenfalls Wäsche zur Reinigung bringen und abholen.

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

4.6.2.5 Reinigung der Wohnung einmal je Woche

Hierzu zählt das Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche). Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

4.6.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung einmal pro Woche

Hierzu zählen

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

4.6.2.7 Körperpflege

Die versicherte Person erhält entsprechend dem Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit folgende Leistungen:

4.6.2.7.1 Ganzwaschung

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

4.6.2.7.2 Teilwaschung

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

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

Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme (vor Aufnahme der Pflege)

a) Feststellung der Pflegeprobleme

b) Feststellung der Ressourcen des Pflegebedürftigen

c) Planung der Pflegeeinsätze

d) Gespräch mit Angehörigen/Arzt

e) Informationen über weitere Hilfen

f) inkl. Hausbesuchspauschale

4.6.2.9 Kinderbetreuung und –versorgung

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung.

4.6.2.9.1 Voraussetzung für die Kinderbetreuung und –versorgung

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

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

b) Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 a) zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung gemäß Ziffer 4.6.2.9.2 nach dem individuellen Bedarf. Dabei berücksichtigen wir,

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

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

4.6.2.9.2 Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 a).

a) Kinderbetreuung und –versorgung

Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung).

Wir versorgen die Kinder in den Bereichen

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Kleiden und Betten

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

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

b) Mobilitätsleistung

Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu

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

in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und die für die Kinder selbst anfallenden Fahrtkosten. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometer vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.6.2.9.3 Dauer der Leistung

a) Wir erbringen die Leistungen der Kinderbetreuung und –versorgung (Ziffer 4.6.2.9.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 b) nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von einer Woche vom Unfalltag an gerechnet.

Sind für die versicherte Person Leistungen der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz im Umfang der Ziffer 4.7.

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

4.6.2.9.4 Obliegenheiten

Ergänzend zur Ziffer 10 gilt folgende Obliegenheit:

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

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

4.6.2.10 Versorgung von Haustieren

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfall für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder verstirbt die versicherte Person unfallbedingt und ist keiner von deren Mitbewohnern physisch in der Lage, die Versorgung der im Haushalt der versicherten Person befindlichen Haustiere zu übernehmen, vermitteln bzw. veranlassen wir auf Ihren Wunsch für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes die Versorgung der Haustiere und übernehmen die dabei anfallenden Kosten bis maximal 25 EUR je Tag, längstens jedoch für den Zeitraum von einer Woche.

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

4.6.2.11 Krankenhaushilfe

Wird die versicherte Person unmittelbar nach einem Unfall in einem Krankenhaus stationär aufgenommen, sorgen wir auf Wunsch dafür, dass

- die Personen, die Sie uns benannt haben bzw. nennen, über den Krankenhausaufenthalt informiert werden;
- die Haus-/Wohnungsschlüssel abgeholt werden;

– eine erste Ausstattung mit den nötigsten Dingen aus der Wohnung der versicherten Person ins Krankenhaus gebracht wird;
  Hierzu zählen z. B. ausreichend Kleidung, Produkte zur Körperpflege und persönlichen Hygiene, persönliche Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Gehhilfe), persönliche Dinge, die den Klinikaufenthalt angenehmer gestalten (z. B. Bücher, Illustrierte, Musik).
– an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes der Briefkasten der Wohnung der versicherten Person geleert und die Post ins Krankenhaus gebracht wird und
– an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes die Pflanzen in der Wohnung der versicherten Person gegossen werden.

Wir übernehmen die für die Ausführung dieser Leistungen angefallenen Kosten, längstens für die erste Woche des Krankenhausaufenthaltes.

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

4.6.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen

4.6.3.1.1 Betreut die versicherte Person ihren Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, dann erbringen wir die Hilfeleistungen im Rahmen der Ziffern 4.6.1 und 4.6.2.1 bis 4.6.2.8 sowie Ziffer 4.6.4 auch für diese Person (Pflegebedürftiger).

Voraussetzung ist, dass für den Pflegebedürftigen vor dem Unfallereignis eine Pflegestufe/Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung anerkannt wurde, die zum Unfallzeitpunkt noch bestand.

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

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

4.6.3.2 Dauer der Leistung

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

4.6.4 Fälligkeit der Hilfeleistungen

Haben Sie uns gegenüber die Hilfsbedürftigkeit schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen.

Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Hilfeleistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung von Hilfeleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Hilfeleistungen.

4.6.5 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen

Die Regelungen der Ziffer 6 gelten nicht für die Hilfeleistungen.

4.6.6 Beitragsanpassung

4.6.6.1 Prüfung der Beiträge für die Hilfeleistungen

Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Hilfeleistungen beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.6.6.2 Regeln der Prüfung

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

a) Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

b) Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.

c) Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.6.6.3 Beitragserhöhung

Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Hilfeleistungen als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Hilfeleistungen bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.6.6.4 Beitragsermäßigung

Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Hilfeleistungen als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.6.6.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge

Sind die ermittelten Beiträge für die Hilfeleistungen bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Hilfeleistungen bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.6.6.6 Kündigung bei Beitragserhöhung

Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.6.6.1 den Beitrag für die Hilfeleistungen, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6.7 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

4.6.7 Kündigung der Mitversicherung der Hilfeleistungen

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

4.7 Familienhilfe – sofern vereinbart

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Familienhilfe.

4.7.1 Voraussetzung für die Familienhilfe

4.7.1.1 Im Haushalt der versicherten Person leben Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls
– das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
– in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

4.7.1.2 Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.7.1.1 zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Familienhilfe.

Nach dem individuellen Bedarf erbringen wir Leistungen aus der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7.2 und berücksichtigen dabei,
– was die versicherte Person vor dem Unfall üblicherweise an Leistungen erbracht hat und unfallbedingt nicht mehr erbringen kann und
– was nach den Grundbedürfnissen eines Kindes vergleichbaren Alters, Entwicklungsstands und Gesundheitsstands notwendig und üblich ist.

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

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

4.7.2 Leistungen der Familienhilfe

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.7.1.1.

4.7.2.1 Kinderbetreuung und -versorgung

Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung).

Wir versorgen die Kinder in den Bereichen
– Körperpflege,
– Ernährung,
– Kleiden und Betten

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

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

4.7.2.2 Leistungen der Haushaltsführung

Erbringen wir Leistungen zur Kinderversorgung, so erbringen wir darüber hinaus – wenn erforderlich – Leistungen in den Bereichen
– Kochen,
– Einkaufen und Besorgungen,
– Wäsche und
– Wohnungsreinigung.

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

4.7.2.3 Mobilitätsleistung
Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu
- der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule,
- Vereinssportveranstaltungen sowie organisierten und entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
- Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen,

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

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

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

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

4.7.3 Dauer der Leistung
4.7.3.1 Wir erbringen die Leistungen der Familienhilfe (Ziffer 4.7.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.7.1.2 Abs. 1 nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von vier Wochen vom Unfalltag an gerechnet.

Sind für die versicherte Person Hifleleistungen gemäß Ziffer 4.6 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz im Umfang der Ziffer 4.6.

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

4.7.4 Obliegenheiten
Ergänzend zur Ziffer 10 gilt folgende Obliegenheit:
4.7.4.1 Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe unverzüglich nach dem Unfall bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen.

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

4.7.5 Fälligkeit der Familienhilfe
Haben Sie uns gegenüber den Bedarf für versicherte Leistungen schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Leistungen gemäß Ziffer 4.7.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen. Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Leistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung der Leistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Leistungen.

4.7.6 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen
Die Regelungen der Ziffer 6 gelten nicht für die Familienhilfe.

4.7.7 Beitragsanpassung
4.7.7.1 Prüfung der Beiträge für die Familienhilfe
Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Familienhilfe beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.7.7.2 Regeln der Prüfung
Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:
a) Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
b) Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.
c) Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.7.7.3 Beitragserhöhung
Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Familienhilfe als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Familienhilfe bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.7.7.4 Beitragsermäßigung
Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Familienhilfe als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.7.7.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge
Sind die ermittelten Beiträge für die Familienhilfe bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Familienhilfe bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.7.7.6 Kündigung bei Beitragserhöhung
Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.7.7.1 den Beitrag für die Familienhilfe, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7.8 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

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

4.8 Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall – sofern vereinbart

4.8.1 Versicherungsfähigkeit
Der Zusatzbaustein "privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall" kann für versicherte Personen vereinbart werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

4.8.2 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung

4.8.3 Erstattungsfähige Aufwendungen/ Höhe der Leistung
Wir erstatten
- die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen, die die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht. Honorarvereinbarungen mit Ärzten werden von uns nicht anerkannt.
- den Zuschlag für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

Weitere Kosten, insbesondere für allgemeine Krankenhausleistungen, sind nicht versichert.

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre

Sie haben die freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leistung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) - vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

4.8.4 Unfall und Behandlung im Ausland
Außerhalb Deutschlands wird bei Vorliegen der Voraussetzung von Ziffer 4.8.2 ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe von 30 EUR pro Tag für bis zu 12 Monate gezahlt.

* ab 01.01.2017: Pflegegrad 2 gemäß Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

5 Familien-Vorsorgeversicherung

5.1 Voraussetzung für die Mitversicherung

Sind Sie als Versicherungsnehmer zugleich versicherte Person, so ist, wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages die Ehe schließen, Ihr Ehegatte gemäß Ziffern 5.2 und 5.3 vorübergehend ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert, sofern uns dieses Ereignis innerhalb von drei Monaten angezeigt wird. Das Gleiche gilt, wenn ein Kind geboren wird oder wenn ein Kind adoptiert wird.

5.2 Beginn, Dauer und Höhe des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz nach Ziffer 5.1 beginnt für den Ehegatten mit der Eheschließung, für leibliche Kinder mit der Vollendung der Geburt und für adoptierte Kinder mit der Rechtswirksamkeit der Adoption; er gilt für die Dauer von einem Jahr. Der Ehegatte und die leiblichen oder adoptierten Kinder sind jeweils mit 50 % der für Sie vereinbarten Versicherungssummen für den Invaliditätsfall versichert, maximal jedoch mit den nachstehenden Versicherungssummen:
50.000 EUR für die Leistungsart Invaliditäts-Kapitalleistung und
500 EUR für die Leistungsart Unfallrente.

5.3 Ausgeschlossene Leistungserweiterungen

Sind für Sie Leistungserweiterungen gemäß Ziffer 4 vereinbart (beispielsweise Progressions- und Mehrleistungsmodelle), oder eine individuelle Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1.2, so gelten diese nicht für den Ehegatten und die Kinder. Die unter Ziffer 3 genannten Leistungsarten gelten ebenfalls nicht für diese Familien-Vorsorgeversicherung.

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

6.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

6.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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 Invaliditätsgrades.
- bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

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

Ausnahmen:
Diese Regelungen werden nicht angewendet in den Fällen
- von nicht oder falsch verabreichten Medikamenten infolge Entführung/Geiselnahme gemäß Ziffer 1.4.6;
- der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6;
- der Familienhilfe-Serviceleistungen gemäß Ziffer 4.7.

7 Welche Personen sind nicht versicherbar?

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

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

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

8 Was ist nicht versichert?

8.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

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

Beispiele:
Die versicherte Person
- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *kommt unter Alkoholeinfluss (Blutalkoholgehalt von 1,3 oder mehr Promille) mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*
- *balanciert auf Grund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn
a) die Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit verursacht ist; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt;
b) die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten hervorgerufen wird; Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Medikamente entsprechend den Anweisungen des Arztes eingenommen wurden.
c) die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde; die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.
d) die Bewusstseinsstörung oder der Anfall durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1 verursacht wurde, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

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

e) die Bewusstseinsstörung durch die unfreiwillige Verabreichung von sogenannten K.-o.-Tropfen verursacht wurde.
f) die Bewusstseinsstörung durch Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln und dem Einschlafen infolge einer Übermüdung verursacht wurde.

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

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

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
Mitversichert sind jedoch Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

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

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

- Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

8.1.4 Unfälle der versicherten Person

- **als Führer eines Luftfahrzeuges** oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
  Beispiel:
  Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- **als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges**,
  Beispiel:
  Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- **bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuüben sind**.

Beispiel:
Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

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

8.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.

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

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

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

8.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:
– Ein Unfallereignis nach Ziffer 1 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
– für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

8.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
a) Röntgenstrahlen,
b) Laserstrahlen,
c) Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
d) künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
e) energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt,
soweit sie nicht als Folge des regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

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

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
– Das Schneiden/Feilen/Abschmirgeln von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut,
– die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
– für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

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

8.2.4 Infektionen.

8.2.4.1 Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
– Insektenstiche und andere Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Wird auf Grund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.
– Versicherungsschutz besteht für:
a) folgende Infektionskrankheiten:, Brucellose, Cholera, Diphterie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Typhus, Windpocken;
b) folgende weitere Infektionskrankheiten: Borreliose, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Tularämie (Hasenpest);
c) Impfschäden bei Schutzimpfungen;
d) Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut;
e) Infektionen durch Tierbisse;
f) Infektionen, auch Wundinfektionen und Blutvergiftungen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sind, in den Körper gelangten
(Definition: Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.);
g) Hat ein Unfall nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen zur Folge, besteht Versicherungsschutz nur, wenn uns das ursächliche Unfallereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wird.

Für a) und g) gilt:
Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden besteht ausschließlich für die Leistungsarten Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) und Unfallrente (Ziffer 2.1.3),

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

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

8.2.4.2 Für Angehörige bestimmter Berufsgruppen im Heilwesen gilt folgender erweiterter Versicherungsschutz für Infektionen:
8.2.4.2.1 Für Unfallversicherungen von
– Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern,
– Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in),
– Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde
gilt:
a) Voraussetzungen für die Leistung:
aa) Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
bb) Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der nachfolgend bestimmten Arten in den Körper gelangt sind:
– durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
– durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.
Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.
Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind, gilt: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.
b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall
Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität
– innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
– innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt
und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

8.2.4.2.2 Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren gilt:
a) Voraussetzungen für die Leistung:
aa) Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
bb) Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der nachfolgend bestimmten Arten in den Körper gelangt sind:
– durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
– durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.
cc) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich Zu-Stande-Kommen und Berufskrankheiten sind.
b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall
Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität
– innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
– innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt
und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

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

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

Ausnahme
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:
Wir leisten jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine
- durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder
- durch den Unfall neu entstandene Epilepsie

zurückzuführen sind.

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

9.1 Umstellung des Kindertarifs
Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene.

Über den neuen Beitrag werden wir Sie rechtzeitig vor diesem Zeitpunkt informieren. Sie können der mit der Tarifänderung verbundenen Beitragsänderung innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unserer Information über die Umstellung in Textform widersprechen.

Ohne fristgerechten Widerspruch gilt die Beitragsänderung als genehmigt. Hierauf werden wir Sie in unserer Information besonders hinweisen.

Im Fall Ihres fristgerechten Widerspruches wird der Vertrag mit dem bisherigen Beitrag fortgesetzt und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

9.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
Die Höhe des Beitrages im Erwachsenen-Tarif 1 (18 bis einschließlich 67 Jahre) hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. Sie finden das Verzeichnis im Internet unter berufe-uv.barmenia.de

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

9.2.1.1 Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich und wird bei Erkennen dieser Pflichtverletzung die Anzeige unverzüglich nachgeholt, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme gemäß Ziffer 9.2.3 nicht ein. Ist die neue Beschäftigung nach Ziffer 9.2.2 nicht versicherbar, endet der Vertrag – auch unabhängig von einer Nachholung der Anzeige – rückwirkend mit Beendigung des bisherigen Berufes.

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

Beispiel:
In einem Kleinbetrieb muss ein Büro-Sachbearbeiter zweimal jährlich für 2-3 Wochen einen Lagerarbeiter vertreten.

9.2.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben:
- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler
- Berufstaucher (z. B. Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Dompteur
- Feuerwerker
- Fluglehrer (auch Lehrer für Drachenflug, Paragliding etc.)
- Flugpersonal (Besatzungsmitglieder)
- Lehrer für das Fallschirmspringen
- Mitglieder von Munitionssuch- und –räumtrupps
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Piloten
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntmen
- Test-/Versuchsfahrer/Werksfahrer
- Tierbändiger

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/Beschäftigung gemäß Ziffer 9.2.2 aufnimmt und damit nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung.

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

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

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

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

9.2.5 Wegfall von Berufsgruppen
Ab 68 Jahre (= Erwachsenen-Tarif 2) hängt die Höhe des Beitrages nicht mehr von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Für versicherte Personen, die während der Laufzeit des Vertrages 68 Jahre alt werden, wird der Beitrag zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres gemäß des Erwachsenen-Tarifs 2 neu berechnet.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in den Ziffern 2 bis 4 geregelt.

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

10.1 Arztpflicht
Nach einem Unfall müssen Sie oder die versicherte Person einen Arzt hinzuziehen und uns Mitteilung machen.
Schienen die Unfallfolgen zunächst geringfügig zu sein oder wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.
Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

10.2 Vollständige und wahre Auskunft
Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

10.3 Ärztliche Untersuchung/ Kosten/ Verdienstausfall
Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 1,5 ‰ der für die versicherte Person geltenden Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung, höchstens jedoch 300 EUR pro Unfallereignis. Ist für die versicherte Person als Invaliditätsleistung nur eine Unfallrente (Ziffer 2.1.3) vereinbart, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 15 % eines Monatsrentenbetrages, höchstens 500 EUR pro Unfallereignis.

10.4 Schweigepflichtentbindung
Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

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

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

10.5 Meldepflicht bei Tod durch Unfall
Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von einer Woche zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Frist beginnt, sobald Sie oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit der Unfallursächlichkeit haben.

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

11 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 10 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,
a) wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
b) wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde.

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

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

12 Wann sind die Leistungen fällig?

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

12.1 Erklärung über die Leistungspflicht
Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei der Invaliditäts-Kapitalleistung und der Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditäts-Kapitalleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 10.

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

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

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, kann ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 10.000 EUR verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

12.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades
Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

12.4.1 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens
- drei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch Sie oder durch uns,
- fünf Jahre nach dem Unfall bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

12.4.2 Das Verlangen einer Neubemessung können
- Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 12.4.1 oder
- wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 12.1

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

Die Versicherungsdauer

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

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

13.2 Dauer und Ende des Vertrages
13.2.1 Vertragsdauer
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

13.2.2 Stillschweigende Verlängerung
Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

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

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

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

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

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

13.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen
Befindet sich die versicherte Person als Berufs- oder Zeitsoldat auf einem Auslandseinsatz, so besteht während dieser Zeit kein Versicherungsschutz und keine Verpflichtung zur Beitragszahlung.

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
- Beim Auslandseinsatz wird nur humanitäre Hilfe oder Katastrophenhilfe geleistet oder
- es handelt sich um (Wehr-)Übungen/Manöver/Reserveübungen.

Der ruhende Versicherungsschutz und die Beitragszahlungspflicht leben wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

13.5 Versicherungsjahr
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Der Versicherungsbeitrag

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

14.1 Beitrag und Versicherungsteuer
14.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode
Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt
- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

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

14.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

14.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

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

14.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

14.2.3 Zahlung bei abweichendem Versicherungsschein

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

14.2.4 Rücktritt

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

14.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

14.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

14.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 14.3.3).

14.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen (Mahnung). Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 14.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

14.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

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

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

14.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/Rechtzeitigkeit der Zahlung/ Kündigungsrecht bei Widerruf

14.4.1 Pflichten des Versicherungsnehmers

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

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

14.4.2 Kündigungsrecht bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandates

Wird das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.

14.4.3 Änderung des Zahlungsweges

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

14.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

14.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

14.6.1 Voraussetzung

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

a) durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber infolge eines Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisses) oder

b) einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50 % führt.

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

14.6.2 Versicherungsumfang und Dauer

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

14.6.3 Neuer Versicherungsnehmer

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

14.6.4 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Ehegatten/Lebenspartnern

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

14.7 Tarifstufen (altersabhängig)

14.7.1 Kinder-Tarif

Der Kinder-Tarif gilt für Personen von 0 bis einschließlich 17 Jahren.

14.7.2 Erwachsenen-Tarife

Der Erwachsenen-Tarif ist in verschiedene Tarifstufen aufgeteilt. Ausschlaggebend ist jeweils das Alter der versicherten Person:

- Erwachsenen-Tarif 1: für Personen von 18 bis einschließlich 67 Jahren (mit Zu- oder Abschlägen für berufliche Tätigkeiten (Ziffer 9.2), individuelle Gliedertaxe Ziffer (2.1.2.2.1.2) möglich),
- Erwachsenen-Tarif 2: für Personen von 68 bis einschließlich 74 Jahren,
- Erwachsenen-Tarif 3: für Personen von 75 bis einschließlich 79 Jahren,
- ab 80 Jahren ist der Abschluss einer Unfallversicherung nicht mehr möglich.

14.7.3 Umstufung von bestehenden Versicherungen

Sobald die versicherte Person die jeweils nächste Tarifstufe erreicht, wird der Beitrag ab der darauf folgenden Hauptfälligkeit nach der dann gültigen Tarifstufe berechnet.

<u>Beispiel</u>:
Die versicherte Person hat mit 60 Jahren die Unfallversicherung abgeschlossen und wird jetzt 68 Jahre alt.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Beitrag nach dem teureren Erwachsenen-Tarif 2 berechnet.

- *Zuschläge oder Nachlässe auf Grund der Berufstätigkeit entfallen ab diesem Zeitpunkt.*
- *Eine ggf. nach Ziffer 2.1.2.2.1.2 vereinbarte individuelle Gliedertaxe entfällt, dafür wird die Standard-Gliedertaxe Top-Schutz zu Grunde gelegt. Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann*

geltenden Tarif beitragsmindernd, Erhöhungen beitragssteigernd aus.

Zusätzlich zu den in Ziffer 14.7.2 genannten Erwachsenen-Tarifen gibt es für bestehende Verträge noch zwei weitere Tarifstufen:
– für die Fälligkeiten nach dem 80. Geburtstag,
– für die Fälligkeiten nach dem 85. Geburtstag.

14.7.4 Ihre Kündigungsmöglichkeit nach Beitragserhöhungen oder Recht auf Reduzierung der Versicherungssummen
Wir werden Sie jeweils rechtzeitig in Textform über die Veränderung des Beitrages und über Ihr Änderungs-/Kündigungsrecht informieren. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Weitere Regelungen

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

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

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

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

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

15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

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

16.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
– nach Ihrer Vertragserklärung,
– aber noch vor Vertragsannahme
in Textform stellen.

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

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

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

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
– weder eine vorsätzliche,
– noch eine grob fahrlässige
Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

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

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

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

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

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 14.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
– wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
– wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

16.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

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

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

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

16.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 16.1 bis 16.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

17 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

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

17.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

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

18.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

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

19 Bedingungsänderung

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

19.1 Unwirksamkeit einzelner Regelungen

Die Regelung in diesen Unfallversicherungsbedingungen ist unwirksam geworden durch folgende Ereignisse:

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

19.2 Störung des Gleichgewichts zwischen Leistung und Gegenleistung

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

19.3 Keine Schlechterstellung

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

19.4 Durchführung der Anpassung

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

19.5 Kündigung

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

20 Künftige Bedingungsverbesserungen

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

21 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die Leistungen die dieser Unfallversicherung zu Grunde liegenden „Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz“ Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (Stand 25.03.2014).

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

Wir garantieren Ihnen, dass unsere „Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz“ die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden. (Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften. Der Arbeitskreis empfiehlt Risikoanalysen und Mindestleistungsstandards für die Vermittler.)

23 Welches Gericht ist zuständig?

23.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

24 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

25 Sanktions-/Embargoklausel

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

Anlage zu den Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz

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

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

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

2. Tabelle für die Unfallversicherung mit 500 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.4:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 500 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 500 %-Staffel
1	1	1	51	51	108
2	2	2	52	52	116
3	3	3	53	53	124
4	4	4	54	54	132
5	5	5	55	55	140
6	6	6	56	56	148
7	7	7	57	57	156
8	8	8	58	58	164
9	9	9	59	59	172
10	10	10	60	60	180
11	11	11	61	61	188
12	12	12	62	62	196
13	13	13	63	63	204
14	14	14	64	64	212
15	15	15	65	65	220
16	16	16	66	66	228
17	17	17	67	67	236
18	18	18	68	68	244
19	19	19	69	69	252
20	20	20	70	70	260
21	21	21	71	71	268
22	22	22	72	72	276
23	23	23	73	73	284
24	24	24	74	74	292
25	25	25	75	75	300
26	26	28	76	76	308
27	27	31	77	77	316
28	28	34	78	78	324
29	29	37	79	79	332
30	30	40	80	80	340
31	31	43	81	81	348
32	32	46	82	82	356
33	33	49	83	83	364
34	34	52	84	84	372
35	35	55	85	85	380
36	36	58	86	86	388
37	37	61	87	87	396
38	38	64	88	88	404
39	39	67	89	89	412
40	40	70	90	90	420
41	41	73	91	91	428
42	42	76	92	92	436
43	43	79	93	93	444
44	44	82	94	94	452
45	45	85	95	95	460
46	46	88	96	96	468
47	47	91	97	97	476
48	48	94	98	98	484
49	49	97	99	99	492
50	50	100	100	100	500

3. Tabelle für die Unfallversicherung mit 700 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.5

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 700 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 700 %-Staffel
1	1	1	51	51	105
2	2	2	52	52	110
3	3	3	53	53	115
4	4	4	54	54	120
5	5	5	55	55	125
6	6	6	56	56	130
7	7	7	57	57	135
8	8	8	58	58	140
9	9	9	59	59	145
10	10	10	60	60	150
11	11	11	61	61	155
12	12	12	62	62	160
13	13	13	63	63	165
14	14	14	64	64	170
15	15	15	65	65	175
16	16	16	66	66	180
17	17	17	67	67	185
18	18	18	68	68	190
19	19	19	69	69	195
20	20	20	70	70	200
21	21	21	71	71	205
22	22	22	72	72	210
23	23	23	73	73	215
24	24	24	74	74	220
25	25	25	75	75	225
26	26	28	76	76	230
27	27	31	77	77	235
28	28	34	78	78	240
29	29	37	79	79	245
30	30	40	80	80	250
31	31	43	81	81	255
32	32	46	82	82	260
33	33	49	83	83	265
34	34	52	84	84	270
35	35	55	85	85	275
36	36	58	86	86	280
37	37	61	87	87	285
38	38	64	88	88	290
39	39	67	89	89	295
40	40	70	90	90	300
41	41	73	91	91	340
42	42	76	92	92	380
43	43	79	93	93	420
44	44	82	94	94	460
45	45	85	95	95	500
46	46	88	96	96	540
47	47	91	97	97	580
48	48	94	98	98	620
49	49	97	99	99	660
50	50	100	100	100	700

Ihre Unfallversicherung „Basis-Schutz“ im Überblick…

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

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

- **in keinem Punkt schlechter sind als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (mit Stand 25.03.2014);**
- **die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden.**

Damit Sie sich in kurzer Zeit einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Barmenia-Unfallversicherung „Basis-Schutz“ verschaffen können, sind in der folgenden Übersicht nur die wichtigsten Vorteile aufgeführt. **Die Darstellung ist somit nicht vollständig – die ausführlichen verbindlichen Regelungen finden Sie in den „Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Basis-Schutz“ (ab Seite 3).**
In der Übersicht ist zu den einzelnen Punkten vermerkt, unter welcher Ziffer und auf welcher Seite der Versicherungsbedingungen die ausführlichen verbindlichen Regelungen zu finden sind.

Diese Leistung des Basis-Schutzes	**finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite**	**unter Ziffer**
– Versichert sind Unfälle – weltweit. Wir leisten für Gesundheitsschädigungen, die durch Unfälle hervorgerufen werden.	5	1
– Keine Leistungsminderung bei Mitwirkung von Krankheiten/Gebrechen an den Unfallfolgen bis zu einem Mitwirkungsanteil von 25 %: Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Wenn bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die nach einem Unfall aufgetretenen Gesundheitsschädigungen erst hervorgerufen haben oder verschlimmern, wird unsere Leistung nicht gekürzt, wenn der Anteil der Krankheiten/Gebrechen an den Gesundheitsschäden unter 25 % liegt. Erst wenn der Mitwirkungsanteil darüber liegt, wird bei einer Invalidität der Invaliditätsgrad, in allen anderen Fällen die Leistung um diesen Anteil gekürzt.	11	5
A. Diese Leistungsarten können Sie versichern		
– Invaliditätsleistung	5	2.1
– Invaliditäts-Kapitalleistung	5	2.1.2
– Unfallrente	6	2.1.3
– Krankenhaustagegeld	6	2.2
– Genesungsgeld (automatisch versichert, wenn Sie ein Krankenhaustagegeld gewählt haben)	6	2.3
– Todesfallleistung	6	2.4
B. Wichtige Fristen zur Invaliditätsleistung		
– Für den Anspruch auf eine Invaliditätsleistung müssen folgende Fristen eingehalten werden: – Die Invalidität muss eingetreten sein innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall; – Die Invalidität muss ärztlich festgestellt sein innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall;	5	2.1.1.2
– Sie müssen Ihren Anspruch auf Invaliditätsleistung geltend machen innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall.	5	2.1.1.3
C. Erweiterungen des „Unfallbegriffs“		
Mitversichert sind auch folgende Ereignisse und Gesundheitsschäden:		
– Ertrinken;	5	1.4.1
– Tauchtypische Gesundheitsschäden z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung;	5	1.4.1
– Bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschäden wegen der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen;	5	1.4.2
– Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen (nicht aber Berufs-/Gewerbekrankheiten);	5	1.4.3
– Durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte – Verrenkungen von Gelenken, – Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln.	5	1.4.4

Diese Leistung des Basis-Schutzes	finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite	unter Ziffer
D. Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen		
Unter Ziffer 7 der Versicherungsbedingungen sind die Versicherungsausschlüsse geregelt. Von diesen Ausschlüssen gelten etliche Ausnahmen, für die wir trotzdem leisten. Hier die wichtigsten Fälle, für die wir Versicherungsschutz bieten:		
– Mitversicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen (beim Lenken von Kfz gilt die Mitversicherung bis zu einem Blutalkoholgehalt unter 1,3 ‰);	11	7.1.1 a)
– Kitesurfen;	12	7.1.4
– Fahrtveranstaltungen (bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt) sind versichert (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten und Sicherheitstrainings);	12	7.1.5
– Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert;	12	7.2.2
– Versicherungsschutz besteht für – Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen (einschließlich Blutvergiftungen und Wundinfektionen), sowie für Tierbisse, Tollwut und Wundstarrkrampf; – Infektionen durch Zeckenstiche und Impfschäden (Wartezeit 6 Monate) – Nicht infektionsbedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme auf Grund einer solchen allergischen Reaktion gilt als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.	12	7.2.4
E. Generell im Versicherungsschutz enthaltene Leistungsarten		
– Bergungskosten inklusive Rücktransportkosten bis 10.000 EUR;	7	3.1
– Beihilfe für eine Kur 1.000 EUR;	7	3.2
– Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnersatzkosten für alle natürlichen Zähne bis 10.000 EUR.	7	3.3
F. Der Versicherungsschutz kann ergänzt werden um folgende Leistungen (gegen Zusatzbeitrag)		
– Leistungsdynamik zur Unfallrente: Zahlen wir eine Unfallrente, so wird sie zum 01.01. jeden Jahres um 1,5 % erhöht;	7	4.1
– Extra-Leistung bei Knochenbrüchen bis 5.000 EUR;	7	4.2
– Schnelle Hilfeleistungen bis zu 6 Monate nach dem Unfall (Menüservice, Hausnotruf, Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen, Besorgungen und Einkäufe, Reinigung der Wohnung, Waschen und Pflegen der Wäsche, Körperpflege, Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme; bis zu einer Woche leisten wir eine Kinderbetreuung und –versorgung, Versorgung von Haustieren und Krankenhaushilfe);	8	4.6
– Familienhilfe bis zu einem Monat nach dem Unfall: Organisation und Bezahlung einer Betreuungsperson für die – Kinderbetreuung und –versorgung, – Haushaltsführung; Die Betreuungsperson sorgt auch für die Mobilität der Kinder (Begleitung zur Tagesstätte, Kindergarten, Schule, Vereinssportveranstaltungen, organisierten entgeltlichen Kursen/Unterrichtsstunden, Arztterminen etc.);	10	4.7
– Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall.	11	4.8
G. Wichtige Obliegenheiten nach einem Unfall		
– Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seine Anordnungen befolgt werden – außerdem müssen Sie uns informieren;	13	9.1
– Es gilt nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ein Arzt zu spät hinzugezogen wird;	13	9.1
– Die Anzeigefrist für einen Unfalltod beträgt 48 Stunden.	13	9.5
H. Beitragsfreistellung		
– Der Unfallschutz wird für mitversicherte minderjährige Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr beitragsfrei weitergeführt, wenn Sie während der Vertragslaufzeit durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber durch Krieg/Bürgerkrieg). Voraussetzung: Sie waren bei Vertragsabschluss jünger als 45 Jahre.	15	13.6
I. Sonstige Erweiterungen zu einzelnen Leistungsarten		
– <u>Zur Invaliditätsleistung</u>: Ein Vorschuss bei laufendem Heilverfahren auf die zu erwartende Invaliditätsleistung ist möglich innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme.	13	11.3
– <u>Zum Krankenhaustagegeld:</u> – Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze (bei mind. 7 Tage vollständiger Arbeitsunfähigkeit)	6	2.2.1
– Rooming-In für Kinder bis 14 Jahre: Wird ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung;	6	2.2.2.2
– <u>Zum Genesungsgeld:</u> – Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, wie Krankenhaustagegeld gezahlt wurde, längstens aber für 100 Tage;	6	2.3.2

Barmenia-Unfallversicherungs-bedingungen – Basis-Schutz

Barmenia
Versicherungen

Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Stand 01.02.2016

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 Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Basis-Schutz. Zusammen mit dem Angebot/Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

Ihre Barmenia

Wer ist wer?

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

Inhaltsübersicht

Seite

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert? 5
1.1 Grundsatz 5
1.2 Geltungsbereich 5
1.3 Unfallbegriff 5
1.4 Erweiterter Unfallbegriff 5
1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht 5

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten? 5
2.1 Invaliditätsleistung 5
2.1.2 Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung 5
2.1.3 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % 6
2.2 Krankenhaustagegeld 6
2.3 Genesungsgeld 6
2.4 Todesfallleistung 6
2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) 6
2.6 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) 6

3 Welche Leistungen sind <u>generell mitversichert</u>? 7
3.1 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze 7
3.2 Kurbeihilfe 7
3.3 Kosten für kosmetische Operationen 7

4 Welche Leistungserweiterungen können <u>gegen zusätzlichen Beitrag</u> in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden? 7
4.1 Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) 7
4.2 Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen 7
4.3 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%-Staffel) 7
4.4 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %-Staffel) 8
4.5 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (700 %-Staffel) 8
4.6 Hilfeleistungen 8
4.7 Familienhilfe 10
4.8 Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall 11

5 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen? 11
5.1 Krankheiten und Gebrechen 11
5.2 Mitwirkung 11

6 Welche Personen sind nicht versicherbar? 11

7 Was ist nicht versichert? 11
7.1 Ausgeschlossene Unfälle 11
7.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden 12

8 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? 12
8.1 Umstellung des Kindertarifs 12
8.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung 12

Der Leistungsfall

9 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)? 13

10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? 13

11 Wann sind die Leistungen fällig? 13
11.1 Erklärung über die Leistungspflicht 13
11.2 Fälligkeit der Leistung 13
11.3 Vorschüsse 13
11.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades 14

Die Versicherungsdauer

12 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen? 14
12.1 Beginn des Versicherungsschutzes 14
12.2 Dauer und Ende des Vertrages 14
12.3 Kündigung nach Versicherungsfall 14
12.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen 14
12.5 Versicherungsjahr 14

Seite

Der Versicherungsbeitrag

13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? 14
13.1 Beitrag und Versicherungsteuer 14
13.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag 14
13.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag 14
13.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/Rechtzeitigkeit der Zahlung/Kündigungsrecht bei Widerruf 14
13.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung 15
13.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern 15
13.7 Tarifstufen (altersabhängig) 15

Weitere Regelungen

14 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? 15
14.1 Fremdversicherung 15
14.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller 15
14.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen 15

15 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? 15
15.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht 15
15.2 Möglich Folgen einer Anzeigepflichtverletzung 15
15.3 Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte 16
15.4 Anfechtung 16
15.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes 16

16 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? 16
16.1 Gesetzliche Verjährung 16
16.2 Aussetzung der Verjährung 16

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

18 Bedingungsänderung 16

19 Künftige Bedingungsverbesserungen 16

20 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen 16

21 Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis "Beratungsprozesse" empfohlenen Mindestleistungsstandards 16

22 Welches Gericht ist zuständig? 17

23 Welches Recht findet Anwendung? 17

24 Sanktions-/Embargoklausel 17

Anlage

Tabellen zu den progressiven Invaliditätsstaffeln

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz
Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

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

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

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff
Als Unfall gelten auch
1.4.1 das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung.

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

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

1.4.4 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- Gelenke verrenkt

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

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrt oder zerreißt.

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

1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht
Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 5), den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 6) sowie zu den Ausschlüssen (Ziffer 7). Sie gelten für alle Leistungsarten.

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

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

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

2.1 Invaliditätsleistung
Für den Fall einer Invalidität können die folgenden Leistungsarten vereinbart werden:
- die Invaliditäts-Kapitalleistung (siehe Ziffer 2.1.2) und/oder
- die Unfallrente (siehe Ziffer 2.1.3).

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:
2.1.1.1 Invalidität
Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt
- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität
Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität
Sie müssen die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung
2.1.2.1 Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung
Der Invaliditätsgrad richtet sich
- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche 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 11.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxen
2.1.2.2.1.1 Standard-Gliedertaxe Basis-Schutz
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

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

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

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

Bei allen Berechnungs-Beispielen wird mit der Standard-Gliedertaxe Basis-Schutz gerechnet.

2.1.2.2.1.2 Individuelle Gliedertaxe
Wenn die versicherte Person zwischen 18 und 67 Jahren alt ist, können Sie abweichend von der "Standard-Gliedertaxe Basis-Schutz" individuelle Prozentsätze für einzelne Körperteile und Sinnesorgane wählen. Die vertraglich vereinbarten Invaliditätsgrade sind dann im Versicherungsschein genannt.

Im Versicherungsjahr, welches nach Ihrem 68. Geburtstag beginnt, entfällt die individuelle Gliedertaxe. Es gilt dann die "Standard-Gliedertaxe Basis-Schutz". Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann geltenden Tarif beitragsmindernd aus.

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

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

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

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

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

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

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

2.1.3 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %

2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.
Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

Individuelle Gliedertaxen (Ziffer 2.1.2.2.1.2) und vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.1.3.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.1.3.3 Beginn und Dauer der Leistung
2.1.3.3.1 Wir zahlen die Unfallrente
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

2.1.3.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem
- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass auf Grund einer Neubemessung nach Ziffer 11.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

2.2 Krankenhaustagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person
- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 7 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

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

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung
Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.2.2.1 Bei **ambulanten chirurgischen Operationen** gemäß Ziffer 2.2.1 zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld für drei Tage.

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

2.3 Genesungsgeld

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

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

2.4 Todesfallleistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 9.5.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

2.5.1 Sie können die vereinbarten Versicherungssummen für
- die Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2),
- die Unfallrente (Ziffer 2.1.3),
- das Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.2) und
- die Todesfallleistung (Ziffer 2.4)

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

2.5.2 Voraussetzungen für die Erhöhung der Versicherungssummen
a) Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
b) Die versicherte Person hat noch keinen Unfall erlitten, der zu einer Leistung aus diesem Vertrag geführt hat.

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

2.6 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik)

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

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

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

2.6.4 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie dieser innerhalb von zwei Monaten, nachdem Ihnen unsere Information über die Erhöhung zugegangen ist, in Textform (z. B. per E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen.
Haben Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Sie können die Summendynamik jedoch neu beantragen.

2.6.5 Automatische Beendigung der Summendynamik für einzelne versicherte Personen
Die Vereinbarung über die Summendynamik endet – ohne dass eine ausdrückliche Kündigung erforderlich ist – nur für die jeweilige versicherte Person
a) für die eine Unfallrente vereinbart ist und die Versicherungssumme hierfür den Höchstbetrag er-

reicht hat, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist. Gleichzeitig entfällt auch die Erhöhung der übrigen für die jeweilige versicherte Person vereinbarten Versicherungssummen.
b) zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 68. Lebensjahr vollendet.

3 Welche Leistungen sind generell mitversichert?

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

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

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

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

3.1 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten
- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik

entstanden.

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

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

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

3.1.2.2 Wir ersetzen bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

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

3.1.3 Höhe der Leistung
Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 10.000 EUR begrenzt.

3.2 Kurbeihilfe

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
3.2.1.1 Die versicherte Person hat
- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

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

3.2.1.2 Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht, insbesondere nicht die Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme, d. h. die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer Krankenanstalt, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt.

3.2.2 Höhe der Leistung
Die Kurbeihilfe wird in Höhe von 1.000 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird die Regelung der Ziffer 5 entsprechend berücksichtigt.

3.3 Kosten für kosmetische Operationen

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur natürliche Zähne zum äußeren Erscheinungsbild.

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

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

3.3.2 Art und Höhe der Leistung
Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

insgesamt bis zur Höhe von 10.000 EUR.

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

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

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

Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.1.3, erhöhen wir zum 1.1. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 %, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

4.2 Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen – sofern vereinbart

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

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

4.2.3 Leistungsprozentsatz

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

Mehrfache Verletzungen eines Knochens werden so behandelt, als wäre nur eine einzige Verletzung eingetreten. Sind mehrere Knochen verletzt, für die insgesamt in der Tabelle ein einziger Leistungsprozentsatz ausgewiesen ist, so wird dieser auch nur einmal für die Leistungsberechnung angesetzt. Sind durch den Unfall mehrere der in der Tabelle aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die jeweiligen Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % – maximal 5.000 EUR – werden jedoch nicht angenommen.

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

4.2.5 Beendigung des Versicherungsschutzes für Knochenbrüche
Diese Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen entfallen– ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 5 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder

geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:
a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.
Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 5 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:
a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
c) für den 50 %, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme.
Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

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

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 5 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:
a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
c) für den 50 %, nicht aber 90 % übersteigen den Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme;
d) für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierzigfache Invaliditätssumme.
Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

4.6 Hilfeleistungen
– sofern vereinbart

4.6.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

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

4.6.1.2 Die Hilfeleistungen werden für die Dauer erbracht, die die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.6.1.1 hilfsbedürftig ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet.
Die Kinderbetreuung und -versorgung (Ziffer 4.6.2.9), die Haustierversorgung (Ziffer 4.6.2.10) und die Krankenhaushilfe (Ziffer 4.6.2.11) werden längstens für einen Zeitraum von einer Woche erbracht.

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

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

4.6.2 Art und Umfang der Leistungen

4.6.2.1 Menüservice
Wir versorgen die versicherte Person mit täglich einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters und tragen die Kosten dafür. Die versicherte Person kann Menüs aus einem Menüsortiment frei auswählen.

4.6.2.2 Hausnotruf
Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und eingerichtet, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.
Wir übernehmen die hierfür anfallenden Kosten.

4.6.2.3 Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen bis zu zweimal je Woche
Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal je Woche. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und – für Fahrten in einem Umkreis von 25 Kilometern Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person – die für die versicherte Person selbst anfallenden Fahrtkosten, soweit diese nicht durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten sind. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometer vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.6.2.4 Besorgungen und Einkäufe bis zu zweimal je Woche
Hierzu zählen
a) das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
b) das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge),
c) die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
d) die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie
e) gegebenenfalls Wäsche zur Reinigung bringen und abholen.
Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung tragen Sie.

4.6.2.5 Reinigung der Wohnung einmal je Woche
Hierzu zählt das Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche). Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

4.6.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung einmal pro Woche
Hierzu zählen
– das Waschen und Trocknen,
– das Bügeln,
– das Ausbessern,
– das Sortieren und Einräumen sowie
– die Schuhpflege.

4.6.2.7 Körperpflege
Die versicherte Person erhält entsprechend dem Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit folgende Leistungen:

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

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

4.6.2.8 Besteht Anspruch auf Leistung aus der Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI, dann hat die versicherte Person Anspruch auf folgende Leistungen:
Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme (vor Aufnahme der Pflege)
a) Feststellung der Pflegeprobleme
b) Feststellung der Ressourcen des Pflegebedürftigen
c) Planung der Pflegeeinsätze
d) Gespräch mit Angehörigen/Arzt
e) Informationen über weitere Hilfen
f) inkl. Hausbesuchspauschale

4.6.2.9 Kinderbetreuung und –versorgung
Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung.

4.6.2.9.1 Voraussetzung für die Kinderbetreuung und –versorgung
a) Im Haushalt der versicherten Person leben Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls
– das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
– in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.
b) Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem

Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 a) zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung gemäß Ziffer 4.6.2.9.2 nach dem individuellen Bedarf. Dabei berücksichtigen wir,

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

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

4.6.2.9.2 Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 a).

a) Kinderbetreuung und –versorgung

Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung).

Wir versorgen die Kinder in den Bereichen

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Kleiden und Betten

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

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

b) Mobilitätsleistung

Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu

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

in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und die für die Kinder selbst anfallenden Fahrtkosten. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometer vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.6.2.9.3 Dauer der Leistung

a) Wir erbringen die Leistungen der Kinderbetreuung und –versorgung (Ziffer 4.6.2.9.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 b) nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von einer Woche vom Unfalltag an gerechnet.

Sind für die versicherte Person Leistungen der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz im Umfang der Ziffer 4.7.

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

4.6.2.9.4 Obliegenheiten

Ergänzend zur Ziffer 9 gilt folgende Obliegenheit:

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

b) Wird diese Obliegenheit schuldhaft verletzt, können wir nach Maßgabe der Regelungen der Ziffer 10 zur Kürzung der Leistung oder zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei sein.

4.6.2.10 Versorgung von Haustieren

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfall für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder verstirbt die versicherte Person unfallbedingt und ist keiner von deren Mitbewohnern physisch in der Lage, die Versorgung der im Haushalt der versicherten Person befindlichen Haustiere zu übernehmen, vermitteln bzw. veranlassen wir auf Ihren Wunsch für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes die Versorgung der Haustiere und übernehmen die dabei anfallenden Kosten bis maximal 25 EUR je Tag, längstens jedoch für den Zeitraum von einer Woche.

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

4.6.2.11 Krankenhaushilfe

Wird die versicherte Person unmittelbar nach einem Unfall in einem Krankenhaus stationär aufgenommen, sorgen wir auf Wunsch dafür, dass

- die Personen, die Sie uns benannt haben bzw. nennen, über den Krankenhausaufenthalt informiert werden;
- die Haus-/Wohnungsschlüssel abgeholt werden;
- eine erste Ausstattung mit den nötigsten Dingen aus der Wohnung der versicherten Person ins Krankenhaus gebracht wird;
  Hierzu zählen z. B. ausreichend Kleidung, Produkte zur Körperpflege und persönlichen Hygiene, persönliche Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Gehhilfe), persönliche Dinge, die den Klinikaufenthalt angenehmer gestalten (z. B. Bücher, Illustrierte, Musik).
- an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes der Briefkasten der Wohnung der versicherten Person geleert und die Post ins Krankenhaus gebracht wird und
- an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes die Pflanzen in der Wohnung der versicherten Person gegossen werden.

Wir übernehmen die für die Ausführung dieser Leistungen angefallenen Kosten, längstens für die erste Woche des Krankenhausaufenthaltes.

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

4.6.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen

4.6.3.1.1 Betreut die versicherte Person ihren Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, dann erbringen wir die Hilfeleistungen im Rahmen der Ziffern 4.6.1 und 4.6.2.1 bis 4.6.2.8 sowie Ziffer 4.6.4 auch für diese Person (Pflegebedürftiger).

Voraussetzung ist, dass für den Pflegebedürftigen vor dem Unfallereignis eine Pflegestufe/Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung anerkannt wurde, die zum Unfallzeitpunkt noch bestand.

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

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

4.6.3.2 Dauer der Leistung

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

4.6.4 Fälligkeit der Hilfeleistungen

Haben Sie uns gegenüber die Hilfsbedürftigkeit schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen.

Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Hilfeleistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung von Hilfeleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Hilfeleistungen.

4.6.5 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen

Die Regelungen der Ziffer 5 gelten nicht für die Hilfeleistungen.

4.6.6 Beitragsanpassung

4.6.6.1 Prüfung der Beiträge für die Hilfeleistungen

Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Hilfeleistungen beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.6.6.2 Regeln der Prüfung

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

a) Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

b) Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.

c) Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.6.6.3 Beitragserhöhung

Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Hilfeleistungen als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen

von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Hilfeleistungen bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.6.6.4 Beitragsermäßigung
Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Hilfeleistungen als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.6.6.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge
Sind die ermittelten Beiträge für die Hilfeleistungen bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Hilfeleistungen bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.6.6.6 Kündigung bei Beitragserhöhung
Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.6.6.1 den Beitrag für die Hilfeleistungen, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6.7 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

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

4.7 Familienhilfe – sofern vereinbart

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Familienhilfe.

4.7.1 Voraussetzung für die Familienhilfe
4.7.1.1 Im Haushalt der versicherten Person leben Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls
– das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
– in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

4.7.1.2 Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.7.1.1 zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Familienhilfe.
Nach dem individuellen Bedarf erbringen wir Leistungen aus der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7.2 und berücksichtigen dabei,
– was die versicherte Person vor dem Unfall üblicherweise an Leistungen erbracht hat und unfallbedingt nicht mehr erbringen kann und
– was nach den Grundbedürfnissen eines Kindes vergleichbaren Alters, Entwicklungsstands und Gesundheitsstands notwendig und üblich ist.

Dabei berücksichtigen wir auch, inwieweit andere Haushaltsmitglieder den Bedarf an einzelnen Leistungen der Familienhilfe in zumutbarer Weise abdecken können. Als zumutbar gelten Leistungen, soweit diesen nicht berechtigte Interessen (z. B. Ausübung der Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung) der Haushaltsmitglieder entgegenstehen.
Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Wir wählen einen Dienstleister aus, der in unserem Auftrag die folgenden Serviceleistungen erbringt.

4.7.2 Leistungen der Familienhilfe
Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.7.1.1.

4.7.2.1 Kinderbetreuung und -versorgung
Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung).
Wir versorgen die Kinder in den Bereichen
– Körperpflege,
– Ernährung,
– Kleiden und Betten

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

4.7.2.2 Leistungen der Haushaltsführung
Erbringen wir Leistungen zur Kinderversorgung, so erbringen wir darüber hinaus – wenn erforderlich – Leistungen in den Bereichen
– Kochen,
– Einkaufen und Besorgungen,
– Wäsche und
– Wohnungsreinigung.

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

4.7.2.3 Mobilitätsleistung
Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu
– der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule,
– Vereinssportveranstaltungen sowie organisierten und entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
– Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen,

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

4.7.2.4 Körperpflege
Entspricht die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person mindestens der Pflegestufe 1* gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegepflichtversicherung), so kann die Betreuungsperson bei Bedarf auch die Körperpflege der versicherten Person im folgenden Umfang übernehmen:
a) Ganzwaschung
– Waschen, Duschen, Baden
– Mund-, Zahn- und Lippenpflege
– Rasieren
– Hautpflege
– Haarpflege (Kämmen, gegebenenfalls Waschen)
– Nagelpflege
– An- und Auskleiden einschließlich An- und Ablegen von Körpersatzstücken
– Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches

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

4.7.3 Dauer der Leistung
4.7.3.1 Wir erbringen die Leistungen der Familienhilfe (Ziffer 4.7.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.7.1.2 Abs. 1 nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von vier Wochen vom Unfalltag an gerechnet.

Sind für die versicherte Person Hifleleistungen gemäß Ziffer 4.6 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz im Umfang der Ziffer 4.6.

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

4.7.4 Obliegenheiten
Ergänzend zur Ziffer 9 gilt folgende Obliegenheit:
4.7.4.1 Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe unverzüglich nach dem Unfall bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen.

4.7.4.2 Wird diese Obliegenheit schuldhaft verletzt, können wir nach Maßgabe der Regelungen der Ziffer 10 zur Kürzung der Leistung oder zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei sein.

4.7.5 Fälligkeit der Familienhilfe
Haben Sie uns gegenüber den Bedarf für versicherte Leistungen schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Leistungen gemäß Ziffer 4.7.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen. Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Leistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung der Leistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Leistungen.

4.7.6 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen
Die Regelungen der Ziffer 5 gelten nicht für die Familienhilfe.

4.7.7 Beitragsanpassung
4.7.7.1 Prüfung der Beiträge für die Familienhilfe
Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Familienhilfe beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.7.7.2 Regeln der Prüfung
Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:
a) Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
b) Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich einge-

* ab 01.01.2017: Pflegegrad 2 gemäß Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

tretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.
c) Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.7.7.3 Beitragserhöhung
Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Familienhilfe als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Familienhilfe bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.7.7.4 Beitragsermäßigung
Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Familienhilfe als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.7.7.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge
Sind die ermittelten Beiträge für die Familienhilfe bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Familienhilfe bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.7.7.6 Kündigung bei Beitragserhöhung
Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.7.7.1 den Beitrag für die Familienhilfe, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7.8 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

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

4.8 Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall – sofern vereinbart

4.8.1 Versicherungsfähigkeit
Der Zusatzbaustein "privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall" kann für versicherte Personen vereinbart werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

4.8.2 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung

4.8.3 Erstattungsfähige Aufwendungen/ Höhe der Leistung
Wir erstatten
- die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen, die die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht. Honorarvereinbarungen mit Ärzten werden von uns nicht anerkannt.
- den Zuschlag für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

Weitere Kosten, insbesondere für allgemeine Krankenhausleistungen, sind nicht versichert.

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre

Sie haben die freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leistung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

4.8.4 Unfall und Behandlung im Ausland
Außerhalb Deutschlands wird bei Vorliegen der Voraussetzung von Ziffer 4.8.2 ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe von 30 EUR pro Tag für bis zu 12 Monate gezahlt.

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

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

5.2 Mitwirkung
Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %.

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

Ausnahmen:
Diese Regelungen werden nicht angewendet in den Fällen
- der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6;
- der Familienhilfe-Serviceleistungen gemäß Ziffer 4.7.

6 Welche Personen sind nicht versicherbar?

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

6.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

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

7 Was ist nicht versichert?

7.1 Ausgeschlossene Unfälle
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

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

Beispiele:
Die versicherte Person
- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *kommt unter Alkoholeinfluss (Blutalkoholgehalt von 1,3 oder mehr Promille) mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*
- *balanciert auf Grund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn
a) die Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit verursacht ist; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt;
b) die Bewusstseinsstörung oder der Anfall durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1 verursacht wurde, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

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

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

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

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
- Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 7. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

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

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

7.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.

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

Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie Sicherheitstrainings),

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

7.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

7.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
a) Röntgenstrahlen,
b) Laserstrahlen, sowie
c) künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,
soweit sie nicht als Folge des regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

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

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
- Das Schneiden/Feilen/Abschmirgeln von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut,
- die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

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

7.2.4 Infektionen.

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
- Insektenstiche und andere Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Wird auf Grund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.
- Versicherungsschutz besteht für:
  a) Infektionen durch Tierbisse,
  b) Infektionen durch Zeckenstiche,
  c) Impfschäden bei Schutzimpfungen,
  d) Tollwut und Tetanus (Wundstarrkrampf),
  e) Infektionen, auch Wundinfektionen und Blutvergiftungen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sind, in den Körper gelangten.
  (Definition: Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.);

  Für b) und c) gilt:
  Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden besteht, wenn die erstmalige Diagnose der Erkrankung durch einen Arzt frühestens sechs Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines erfolgt.

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

Ausnahme
Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht:
Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben

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

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

Ausnahme
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:
Wir leisten jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine
- durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder
- durch den Unfall neu entstandene Epilepsie

zurückzuführen sind.

7.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:
- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

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

8.1 Umstellung des Kindertarifs
Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene.

Über den neuen Beitrag werden wir Sie rechtzeitig vor diesem Zeitpunkt informieren. Sie können der mit der Tarifänderung verbundenen Beitragsänderung innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unserer Information über die Umstellung in Textform widersprechen.

Ohne fristgerechten Widerspruch gilt die Beitragsänderung als genehmigt. Hierauf werden wir Sie in unserer Information besonders hinweisen.

Im Fall Ihres fristgerechten Widerspruches wird der Vertrag mit dem bisherigen Beitrag fortgesetzt und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

8.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
8.2.1 Die Höhe des Beitrages im Erwachsenen-Tarif 1 (18 bis einschließlich 67 Jahre) hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

Sie finden das Verzeichnis im Internet unter berufe-uv.barmenia.de

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

8.2.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben:
- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler
- Berufstaucher (z. B. Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Dompteur
- Feuerwerker
- Fluglehrer (auch Lehrer für Drachenflug, Paragliding etc.)
- Flugpersonal (Besatzungsmitglieder)
- Lehrer für das Fallschirmspringen
- Mitglieder von Munitionssuch- und –räumtrupps
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Piloten
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntmen
- Test-/Versuchsfahrer/Werksfahrer
- Tierbändiger

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/Beschäftigung gemäß Ziffer 8.2.2 aufnimmt und damit nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung.

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

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

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

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

8.2.5 Wegfall von Berufsgruppen
Ab 68 Jahre (= Erwachsenen-Tarif 2) hängt die Höhe des Beitrages nicht mehr von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Für versicherte Personen, die während der Laufzeit des Vertrages 68 Jahre alt werden, wird der Beitrag zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres gemäß des Erwachsenen-Tarifs 2 neu berechnet.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in den Ziffern 2 bis 4 geregelt.

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

9.1 Arztpflicht
Nach einem Unfall müssen Sie oder die versicherte Person einen Arzt hinzuziehen und uns Mitteilung machen.
Schienen die Unfallfolgen zunächst geringfügig zu sein oder wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.

9.2 Vollständige und wahre Auskunft
Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

9.3 Ärztliche Untersuchung/ Kosten/ Verdienstausfall
Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

9.4 Schweigepflichtentbindung
Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

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

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

9.5 Meldepflicht bei Tod durch Unfall
Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

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

10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 9 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,
a) wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
b) wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde.

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

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

11 Wann sind die Leistungen fällig?

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

11.1 Erklärung über die Leistungspflicht
Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei der Invaliditäts-Kapitalleistung und der Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditäts-Kapitalleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 9.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
- bei Invalidität bis zu 1 ‰ der versicherten Summe.
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagesgeldsatz. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall

nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

11.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads
Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

11.4.1 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens
– drei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch Sie oder durch uns,
– fünf Jahre nach dem Unfall bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

11.4.2 Das Verlangen einer Neubemessung können
– Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 11.4.1 oder
– wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 11.1
aussprechen.
Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir sie bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit fünf Prozent jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

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

12.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 13.2 zahlen.

12.2 Dauer und Ende des Vertrages
12.2.1 Vertragsdauer
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

12.2.2 Stillschweigende Verlängerung
Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

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

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

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

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

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

12.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen
Befindet sich die versicherte Person als Berufs- oder Zeitsoldat auf einem Auslandseinsatz, so besteht während dieser Zeit kein Versicherungsschutz und keine Verpflichtung zur Beitragszahlung.

Ausnahmen
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:
– Beim Auslandseinsatz wird nur humanitäre Hilfe oder Katastrophenhilfe geleistet oder
– es handelt sich um (Wehr-)Übungen/Manöver/Reserveübungen.

Der ruhende Versicherungsschutz und die Beitragszahlungspflicht leben wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

12.5 Versicherungsjahr
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Der Versicherungsbeitrag

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

13.1 Beitrag und Versicherungsteuer
13.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode
Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt
– bei Monatsbeiträgen einen Monat,
– bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
– bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
– bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

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

13.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
13.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Wenn Sie den Versicherungsschein erhalten, wird der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen zur Zahlung fällig. Ist für die Zahlung ein anderer, späterer Fälligkeitszeitpunkt vereinbart und im Versicherungsschein angegeben und obige Frist von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins abgelaufen, so ist der Beitrag unverzüglich zum vereinbarten Zeitpunkt zu zahlen.

13.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

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

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

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

13.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
13.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

13.3.2 Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 13.3.3).

13.3.3 Zahlungsfrist
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen (Mahnung). Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
– Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
– die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 13.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

13.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,
– besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
– können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.
  Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

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

13.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/ Rechtzeitigkeit der Zahlung/ Kündigungsrecht bei Widerruf
13.4.1 Pflichten des Versicherungsnehmers
a) Voraussetzung und Geschäftsgrundlage für den Abschluss und den Fortbestand des Versicherungsvertrages ist, dass wir von Ihnen oder von einer anderen Person zum Einzug des jeweils fälligen Beitrages von Ihrem bzw. deren Bankkonto im Wege des SEPA-Lastschriftverfahrens ermächtigt wurden und diese Ermächtigung aufrechterhalten wird. Zur Si-

cherstellung des erfolgreichen Beitragseinzugs im SEPA-Lastschriftverfahren haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass Ihr Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages eine ausreichende Deckung aufweist.
b) Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

13.4.2 Kündigungsrecht bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandates
Wird das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.

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

13.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

13.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
13.6.1 Voraussetzung
Der Versicherung für die im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder bleibt beitragsfrei bestehen, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber infolge eines Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisses). Voraussetzungen für eine beitragsfreie Versicherung ist, dass
– der Vertrag noch nicht gekündigt war und
– Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

13.6.2 Versicherungsumfang und Dauer
Die beitragsfreie Versicherung gilt mit dem Leistungsumfang, der zum Zeitpunkt des Todes gültig war und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahres bestehen, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

13.7 Tarifstufen (altersabhängig)
13.7.1 Kinder-Tarif
Der Kinder-Tarif gilt für Personen von 0 bis einschließlich 17 Jahren.

13.7.2 Erwachsenen-Tarife
Der Erwachsenen-Tarif ist in verschiedene Tarifstufen aufgeteilt. Ausschlaggebend ist jeweils das Alter der versicherten Person:
– Erwachsenen-Tarif 1: für Personen von 18 bis einschließlich 67 Jahren (mit Zu- oder Abschlägen für berufliche Tätigkeiten (Ziffer 8.2), individuelle Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1.2) möglich),
– Erwachsenen-Tarif 2: für Personen von 68 bis einschließlich 74 Jahren,
– Erwachsenen-Tarif 3: für Personen von 75 bis einschließlich 79 Jahren,
– ab 80 Jahren ist der Abschluss einer Unfallversicherung nicht mehr möglich.

13.7.3 Umstufung von bestehenden Versicherungen.
Sobald die versicherte Person die jeweils nächste Tarifstufe erreicht, wird der Beitrag ab der darauf folgenden Hauptfälligkeit nach der dann gültigen Tarifstufe berechnet.

Beispiel:
Die versicherte Person hat mit 60 Jahren die Unfallversicherung abgeschlossen und wird jetzt 68 Jahre alt.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Beitrag nach dem teureren Erwachsenen-Tarif 2 berechnet.
– *Zuschläge oder Nachlässe auf Grund der Berufstätigkeit entfallen ab diesem Zeitpunkt.*
– *Eine ggf. nach Ziffer 2.1.2.2.1.2 vereinbarte individuelle Gliedertaxe entfällt, dafür wird die Standard-Gliedertaxe Basis-Schutz zu Grunde gelegt. Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann geltenden Tarif beitragsmindernd aus.*

Zusätzlich zu den in Ziffer 13.7.2 genannten Erwachsenen-Tarifen gibt es für bestehende Verträge noch zwei weitere Tarifstufen:
– für die Fälligkeiten nach dem 80. Geburtstag,
– für die Fälligkeiten nach dem 85. Geburtstag.

13.7.4 Ihre Kündigungsmöglichkeit nach Beitragserhöhungen oder Recht auf Reduzierung der Versicherungssummen
Wir werden Sie jeweils rechtzeitig in Textform über die Veränderung des Beitrages und über Ihr Änderungs-/Kündigungsrecht informieren. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Weitere Regelungen

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

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

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

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

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

14.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

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

15.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
– nach Ihrer Vertragserklärung,
– aber noch vor Vertragsannahme
in Textform stellen.

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

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

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

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
– weder eine vorsätzliche,
– noch eine grob fahrlässige
Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

15.2.2 Kündigung

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

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

15.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 13.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

– wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
– wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

15.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

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

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

15.4 Anfechtung

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

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

15.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 15.1. bis 15.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

16 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

16.1 Gesetzliche Verjährung

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

16.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

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

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

– an unsere Hauptverwaltung oder
– an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

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

18 Bedingungsänderung

Wir sind berechtigt, einzelne Regelungen dieser Unfallversicherungsbedingungen mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn die Voraussetzungen nach den Ziffern 18.1 bis 18.3 erfüllt sind:

18.1 Unwirksamkeit einzelner Regelungen

Die Regelung in diesen Unfallversicherungsbedingungen ist unwirksam geworden durch folgende Ereignisse:

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

18.2 Störung des Gleichgewichts zwischen Leistung und Gegenleistung

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

18.3 Keine Schlechterstellung

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

18.4 Durchführung der Anpassung

Die nach den Ziffern 18.1 bis 18.3 zulässigen Änderungen werden Ihnen in Textform bekannt gegeben und erläutert. Sie finden Anwendung, wenn wir Ihnen die Änderung sechs Wochen vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform auf Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 18.5 hinweisen.

18.5 Kündigung

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

19 Künftige Bedingungsverbesserungen

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

20 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die Leistungen die dieser Unfallversicherung zu Grunde liegenden „Unfallversicherungsbedingungen – Basis-Schutz“ Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (Stand 25.03.2014).

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

Wir garantieren Ihnen, dass unsere „Unfallversicherungsbedingungen – Basis-Schutz“ die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden. (Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften. Der Arbeitskreis empfiehlt Risikoanalysen und Mindestleistungsstandards für die Vermittler.)

22 Welches Gericht ist zuständig?

22.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

23 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

24 Sanktions-/Embargoklausel

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

.

Anlage zu den Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Basis-Schutz

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

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

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

2. Tabelle für die Unfallversicherung mit 500 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.4:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 500 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 500 %-Staffel
1	1	1	51	51	108
2	2	2	52	52	116
3	3	3	53	53	124
4	4	4	54	54	132
5	5	5	55	55	140
6	6	6	56	56	148
7	7	7	57	57	156
8	8	8	58	58	164
9	9	9	59	59	172
10	10	10	60	60	180
11	11	11	61	61	188
12	12	12	62	62	196
13	13	13	63	63	204
14	14	14	64	64	212
15	15	15	65	65	220
16	16	16	66	66	228
17	17	17	67	67	236
18	18	18	68	68	244
19	19	19	69	69	252
20	20	20	70	70	260
21	21	21	71	71	268
22	22	22	72	72	276
23	23	23	73	73	284
24	24	24	74	74	292
25	25	25	75	75	300
26	26	28	76	76	308
27	27	31	77	77	316
28	28	34	78	78	324
29	29	37	79	79	332
30	30	40	80	80	340
31	31	43	81	81	348
32	32	46	82	82	356
33	33	49	83	83	364
34	34	52	84	84	372
35	35	55	85	85	380
36	36	58	86	86	388
37	37	61	87	87	396
38	38	64	88	88	404
39	39	67	89	89	412
40	40	70	90	90	420
41	41	73	91	91	428
42	42	76	92	92	436
43	43	79	93	93	444
44	44	82	94	94	452
45	45	85	95	95	460
46	46	88	96	96	468
47	47	91	97	97	476
48	48	94	98	98	484
49	49	97	99	99	492
50	50	100	100	100	500

3. Tabelle für die Unfallversicherung mit 700 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.5

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 700 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 700 %-Staffel
1	1	1	51	51	105
2	2	2	52	52	110
3	3	3	53	53	115
4	4	4	54	54	120
5	5	5	55	55	125
6	6	6	56	56	130
7	7	7	57	57	135
8	8	8	58	58	140
9	9	9	59	59	145
10	10	10	60	60	150
11	11	11	61	61	155
12	12	12	62	62	160
13	13	13	63	63	165
14	14	14	64	64	170
15	15	15	65	65	175
16	16	16	66	66	180
17	17	17	67	67	185
18	18	18	68	68	190
19	19	19	69	69	195
20	20	20	70	70	200
21	21	21	71	71	205
22	22	22	72	72	210
23	23	23	73	73	215
24	24	24	74	74	220
25	25	25	75	75	225
26	26	28	76	76	230
27	27	31	77	77	235
28	28	34	78	78	240
29	29	37	79	79	245
30	30	40	80	80	250
31	31	43	81	81	255
32	32	46	82	82	260
33	33	49	83	83	265
34	34	52	84	84	270
35	35	55	85	85	275
36	36	58	86	86	280
37	37	61	87	87	285
38	38	64	88	88	290
39	39	67	89	89	295
40	40	70	90	90	300
41	41	73	91	91	340
42	42	76	92	92	380
43	43	79	93	93	420
44	44	82	94	94	460
45	45	85	95	95	500
46	46	88	96	96	540
47	47	91	97	97	580
48	48	94	98	98	620
49	49	97	99	99	660
50	50	100	100	100	700