

Interlloyd

VERSICHERUNGS-AG

Protect / Premium / Premium Plus

Unfall - Versicherungsbedingungen

www.interlloyd.de

Inhaltsverzeichnis

Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung	3
Wichtige Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	6
Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013)	8
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“	17
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium Plus“	24
Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007 Protect)	36
Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe	48
Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung.....	50
Allgemeine Unfallrentenversicherungs-Bedingungen (AURB 2007)	52
Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2011)	61
Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2013).....	63
Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.....	74

Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1) Identität des Versicherers

Vertragspartner für Ihre Interlloyd Unfallversicherung ist die
Interlloyd Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Vorstand: Dieter Schmitz, Christian Vogée
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 34575

2) Inlandsvertreter bei ausländischen Versicherern

Die Interlloyd Versicherungs-AG hat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland keine Vertreter.

3) Ladungsfähige Anschrift des Versicherers und vertretungsberechtigte Personen

Die ladungsfähige Anschrift der Interlloyd sowie der diese vertretenden Personen folgt aus Ziffer 1).

4) Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Interlloyd Versicherungs-AG ist die Sach-, Unfall-, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung.

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

5) Garantiefonds und Einlagensicherungssysteme

Solche Instrumente gelten nicht für die Unfallversicherung.

6) Vertragsbedingungen, anwendbares Recht, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Dem Versicherungsverhältnis liegen die Allgemeinen Unfallbedingungen (AUB 2013) und die vereinbarten Besonderen Bedingungen in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Der Text der jeweils vereinbarten Bedingungen ist beige-fügt. Auf das Vertragsverhältnis ist deutsches Recht anzuwenden.

Was ist versichert?

Die Unfallversicherung versichert Sie und die im Vertrag mitversicherten Personen gegen die finanziellen Folgen einer unfallbedingten Invalidität oder eines Todesfalles. Sofern Sie es wünschen, können Sie einen unfallbedingten Verdienstausfall bzw. die Mehraufwendungen bei einem Krankenhausaufenthalt durch ein Unfall-Krankenhaustagegeld versichern.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den individuell ausgewählten Leistungsarten, (z.B. Invaliditäts- und Todesfallleistung, Krankenhaustage- und Genesungsgeld, Rentenleistung, Übergangsleistung etc.) und Versicherungssummen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 2 der AUB bzw. den Besonderen Bedingungen.

7) Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtpreis für den angebotenen Interlloyd Unfall – Schutz folgt aus dem Antrag. Hinzu kommt die zum Zeitpunkt der Antragstellung gültige Versicherungssteuer von 19 %.

8) Zusätzliche Kosten

Zusätzliche vertragliche Kosten fallen bei Vertragsschluss nicht an.

9) Beitragszahlung

Der Erstbeitrag wird nach Abschluss des Vertrages fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei späterer Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Tag der Zahlung, es sei denn, die verspätete Zahlung beruht nicht auf Ihrem Verschulden.

Eine Folgeprämie wird zu dem vereinbarten Zeitpunkt der jeweiligen Versicherungsperiode fällig.

Bei erteilter Einzugsermächtigung hat der Versicherungsnehmer sicherzustellen, dass das zum Einzug angegebene Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit die erforderliche Deckung aufweist.

10) **Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen**

An konkrete Vorschläge zu Produkten der Interlloyd Versicherungs-AG, insbesondere hinsichtlich der genannten Beiträge sowie an die in diesem Zusammenhang erfolgten Informationen halten wir uns einen Monat gebunden.

11) **Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken**

Risiken dieser Art sind für die Unfallversicherung nicht relevant.

12) **Zustandekommen des Vertrages**

Der Vertrag kommt durch den Antrag auf Interlloyd Unfall-Schutz seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrages durch den anderen Vertragspartner zustande. Der Antragsteller hält sich an seinen Antrag einen Monat gebunden.

Eine Antragsannahme der Interlloyd Versicherungs-AG erfolgt durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder eine Annahmeerklärung.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, sofern der Erstbeitrag rechtzeitig gezahlt wird (siehe Ziffer 9).

13) **Widerrufsrecht**

Widerruf

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Interlloyd Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefax +49 (0) 2 11 9 63 – 30 33, E-Mail service@interlloyd.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Produktinformationsblatt unter Ziffer 3 ausgewiesenen rechnerischen Tagesbeitrag pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

14) **Laufzeit des Vertrages**

Die vereinbarte Laufzeit des Vertrages folgt aus den konkreten Vertragsvereinbarungen.

Das Vertragsverhältnis verlängert sich bei Verträgen von mindestens einjähriger Vertragsdauer mit dem Ablauf der Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem Ablauf der anderen Partei eine Kündigung zugegangen ist.

15) **Kündigung / Beendigung des Vertrages**

Der Interlloyd Unfall-Schutz kann von beiden Parteien erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit, spätestens jedoch nach drei Jahren gekündigt werden. Wird er nicht gekündigt, verlängert er sich jeweils um ein weiteres Jahr; er ist dann zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres kündbar. Kündigungen müssen dem jeweils anderen Vertragspartner drei Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.

Erbringt die Interlloyd eine Leistung oder erheben Sie Klage auf eine Leistung gegen uns, können Sie oder wir den Vertrag vorzeitig durch Kündigung (in Schriftform) beenden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat.

16) Mitgliedstaaten der EU, deren Recht der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt wird

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss eines Versicherungsvertrages liegt das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

17) Anwendbares Recht / zuständiges Gericht

Das auf den Vertrag anwendbare Recht ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände nach §§ 13, 17, 21, 29 ZPO und § 215 VVG.

18) Sprachen der Vertragsbedingungen und -information / Kommunikationssprache zum Versicherungsvertrag

Die Versicherungsbedingungen und sämtliche vor oder nach Vertragsschluss ausgehändigten Informationen werden in deutscher Sprache verfasst. Die Interlloyd Versicherungs-AG wird die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages in deutscher Sprache führen.

19) Außergerichtliche Beschwerde, Versicherungsombudsmann

Die Interlloyd Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Anschrift lautet: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel.0800 – 36 96 000, Fax 0800 – 36 99 000, E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de.

Eine Entscheidung des Ombudsmanns, egal wie sie ausfällt, brauchen Sie nicht zu akzeptieren. Ihnen steht immer noch der Weg zu den Gerichten offen. Sofern der Ombudsmann die Beschwerde zu Ihren Gunsten entscheidet, müssen wir uns bis zu einem Betrag von 10.000 Euro daran halten.

20) Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde des Versicherungsnehmers kann auch direkt an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Adresse siehe Ziffer 4) gerichtet werden.

Weitere Informationen – insbesondere zum Versicherungsschutz – sind in den beiliegenden Unterlagen enthalten. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Ihre

Interlloyd Versicherungs-AG

Wichtige Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Der Versicherungsmakler ist ausdrücklich bevollmächtigt, diese Fragen für uns auch in seinem Namen zu stellen. Die Antworten auf seine Fragen gelten als Beantwortung unserer Fragen nach den gefahrerheblichen Umständen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Ihre

Interlloyd Versicherungs-AG

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.
Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.
Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfallleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 5 Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 8 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- 11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 14 Welches Gericht ist zuständig?
- 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 16 Welches Recht findet Anwendung?
- 17 Welche Höchstentschädigung gilt, wenn Sie mehrere Unfallverträge bei der Interlloyd Versicherungs-AG haben (Einzelkumulrisiko)?
- 18 Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen und Arbeitskreis Beratungsprozesse
- 19 Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 4) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die Invalidität ist

- innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Höhe der Leistung

- 2.1.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden 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 %
• Geruchssinn	10 %
• Geschmackssinn	5 %

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

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

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

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

2.1.2.5 Stirbt die versicherte Person

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

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

2.1.3 Art der Leistung
Die Invaliditätsleistungen zahlen wir, sofern vereinbart (siehe Versicherungsschein), als einmaligen Kapitalbetrag und/oder als lebenslange monatliche Rente

2.1.3.1 Invaliditätsleistung als einmaliger Kapitalbetrag
Sofern vereinbart (siehe Versicherungsschein), zahlen wir die Invaliditätsleistung als Kapitalbetrag, wenn die Voraussetzungen nach Ziffer 2.1, Ziffer 3 und Ziffer 4 erfüllt sind. Grundlagen für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.3.1.1 Mehrleistung ab 90 % IG
Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 70. Lebensjahres des Versicherten ereignet, zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 %, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.
Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 Euro beschränkt. Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen. Diese Erweiterung gilt nicht für Verträge, bei denen eine progressive Invaliditätsstaffel vereinbart wurde.

cherte Person weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen. Diese Erweiterung gilt nicht für Verträge, bei denen eine progressive Invaliditätsstaffel vereinbart wurde.

2.1.3.1.2 Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme

Wurde eine progressive Invaliditätsstaffel von 225 % vereinbart (siehe Versicherungsschein), werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- 1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die doppelte Invaliditätssumme,
- 3) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die dreifache Invaliditätssumme.

2.1.3.1.3 Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme

Wurde eine progressive Invaliditätsstaffel von 350 % vereinbart (siehe Versicherungsschein), werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- 1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die dreifache Invaliditätssumme,
- 3) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die fünffache Invaliditätssumme.

2.1.3.1.4 Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

Wurde eine progressive Invaliditätsstaffel von 500 % vereinbart (siehe Versicherungsschein), werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- 1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die vierfache Invaliditätssumme,
- 3) für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die sechsfache Invaliditätssumme.
- 4) für den 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades, die neunfache Invaliditätssumme.

2.1.3.2 Invaliditätsleistung als lebenslange monatliche Rente

Sofern vereinbart (siehe Versicherungsschein), zahlen wir die Invaliditätsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme als lebenslange monatliche Rente, wenn die

- Voraussetzungen nach Ziffer 2.1, Ziffer 3 und Ziffer 4 erfüllt sind und
- der Unfall für die versicherte Person zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt hat.

2.1.3.2.1 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, monatlich im Voraus. Die Unfallrente wird bis zum Ablauf des Versicherungsjahres gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt oder wir dem Versicherungsnehmer mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat,

- 4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
- Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
- 4.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 4.1.5 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.
- 4.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 4.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen
- 4.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 4.2.4 Infektionen
- 4.2.4.1 Infektionen sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
- verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- 4.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- 4.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 4.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 5 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**
- 5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs
- 5.1.1 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. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 - Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- 5.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der zweiten Wahlmöglichkeit fort.
- 5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- 5.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser für diesen Tarif geltendes Berufsgruppenverzeichnis.
- Die Einteilung in Berufs-/Gefahrengruppen erfolgt nach der ausgeübten Berufstätigkeit.
- Berufs-/Gefahrengruppe „A“:
Personen, die überwiegend kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung (einschl. Verwaltung der Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz, Feuerwehr), leitend oder aufsichtführend im Betrieb oder auf Baustellen (einschl. aufsichtführende Meister), im Verkauf, im Labor, in der Datenerfassung, Datenverarbeitung (EDV-Bereich) bzw. im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege tätig sind. Personen, die Anlagen/Maschinen elektronisch steuern, Personen die keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben wie Hausmänner/-frauen, Pensionäre, Schüler.

- Berufs-/Gefahrengruppe „B“:
Personen, die körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten (einschl. mitarbeitender Meister), Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten, mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten, Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren, Tiere behandeln oder pflegen, im Truppen-, Einsatz- oder Vollzugsdienst bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und Feuerwehr tätig sind, Bauunternehmer.

Personen, die sich in der Ausbildung befinden, wie z.B. Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reservierungen fallen nicht darunter.

- 5.2.2 Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
- 5.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

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

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

- 6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 6.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 6.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.
- 6.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

- 6.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 6 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

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

8 Wann sind die Leistungen fällig?

- 8.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.
Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 8.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 8.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 8.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1,

- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

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

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

9.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen bzw. uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

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

9.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmä-

ßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Wie erhöhen sich, sofern vereinbart, die Versicherungssummen?

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, 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 zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

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

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2.3 Rücktritt

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

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

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

10.3.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die

	Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 10.3.3 und 10.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.		rungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 21. Lebensjahr vollendet.
	Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.	10.7.2	Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
10.3.3	Kein Versicherungsschutz Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.	10.8	Planmäßige Erhöhung der Versicherungssummen (sofern vereinbart)
10.3.4	Kündigung Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben. Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.	10.8.1	Ist die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart, erhöhen sich die Versicherungssummen für – die Invaliditätsleistung (als einmalige Kapitalleistung (Ziffer 2.1.3.1) und/oder lebenslange monatliche Rente (Ziffer 2.1.3.2)), – die Übergangsleistung (Ziffer 2.2), – das Tagegeld (Ziffer 2.3), – das Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld (Ziffer 2.4. und 2.5) und – den Todesfall (Ziffer 2.6), ab dem zweiten Versicherungsjahr um jeweils 3 % pro Jahr. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 Euro, für die Unfallrente auf volle 10 Euro, für die Übergangsleistung auf volle 10 Euro und für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Eine Erhöhung der Versicherungssummen für die weiteren Leistungsarten erfolgt nicht.
10.4	Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. 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. Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.	10.8.2	Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres.
10.5	Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.	10.8.3	Wir unterrichten Sie, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages, über die erhöhten Versicherungssummen mit einem Nachtrag zum Versicherungsschein.
10.6	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.	10.8.4	Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung nach Ziffer 10.8.3. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.
10.7	Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und • Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, • die Versicherung nicht gekündigt war und • Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, gilt Folgendes:	10.8.5	Auf ihren Antrag hin wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt. Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.
10.7.1	Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versiche-		

Weitere Bestimmungen

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

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

- 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 Gefahrsicherung für

- den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform 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.
- 12.5 **Kündigung bei Feststellung einer dauernde Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit**
- 12.5.1 **Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers**
Wird bei der versicherten Person eine dauernde Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) ärztlich festgestellt, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.
- 12.5.2 **Beitragsrückerstattung**
Wir erstatten den Beitrag für die betroffene Person ab dem Zeitpunkt der Feststellung.
- 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 Welches Gericht ist zuständig?**
- 14.1 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.
- 14.2 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.

- 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 15.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 15.2 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.
- 16 Welches Recht findet Anwendung?**
- Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
- 17 Welche Höchstentschädigung gilt, wenn Sie mehrere Unfallverträge bei der Interlloyd Versicherungs-AG haben?**
- Besteht für die versicherte Person bei der Interlloyd Versicherungs-AG weiterer Unfallversicherungsschutz, so gilt für diese Person eine Höchstentschädigung je Unfallereignis von 1.750.000 Euro für alle Versicherungen zusammen.
- 18 Leistungsgarantie gegenüber den GDV-Musterbedingungen und Arbeitskreis Beratungsprozesse**
- Wir garantieren, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und Besonderen Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen vom Oktober 2010 abweichen sowie den Mindeststandards des Arbeitskreises Vermittlerrichtlinie (Stand 02/2010) erfüllen.
- 19 Künftige Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)**
- Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen oder Zusatzbedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013) und, soweit vereinbart, die nachfolgenden Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium“.

1 Erweiterungen des Unfallbegriffs

1.1 In Erweiterung zu Ziffer 1.3 AUB 2013 gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen

1.1.1 durch Einwirkung plötzlich ausströmender Gase, Dämpfe oder Stäube, wenn die versicherte Person diesen Einwirkungen unbeabsichtigt ausgesetzt war. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen bis zu sieben Tagen lang ausgesetzt war.
Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerkrankheiten).

1.1.2 durch Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser), Erstickten oder Erfrieren,

1.1.3 durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft,

1.1.4 wenn tauchtypische Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, bei einem Tauchereignis auftreten,

1.1.5 durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS),

1.1.6 durch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches,

1.1.7 die versicherte Personen bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nehmen.

1.2 In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2013 gilt als Unfall, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
– ein Gelenk verrenkt wird oder
– Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapsel oder Menisken gezerrt oder zerrissen werden.
Abweichend zu Ziffer 4.2.7 AUB 2013 gelten Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche als Unfall.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

Der Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Danach gelten die Regelungen gemäß Ziffern 1.4 und 4.2.7 AUB 2013.

2 Erweiterung der Leistung

2.1 Fristverlängerung bei der Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2013 muss die Invalidität innerhalb

- von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und

- von 42 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.2 Gliedertaxe Premium

Abweichend von Ziffer 2.1.2.1 AUB 2013 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

• Arm	80 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
• Hand	75 %
• Daumen	30 %
• Zeigefinger	20 %
• anderer Finger	10 %
• für sämtliche Finger einer Hand, höchstens	75 %
• 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	60 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	5 %
• Auge	60 %
• Gehör auf einem Ohr	45 %
• Geruchssinn	20 %
• Geschmackssinn	20 %
• Stimme	100 %
• Niere	25 %
• beide Nieren	100 %
• falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
• Milz	10 %
• Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
• Gallenblase	10 %
• Magen	20 %
• Zwölffinger-, Dünn-, Dick oder Enddarm jeweils	25 %
• Lungenflügel	50 %

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

Ist die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person vor dem Unfall vollständig verloren, gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %. Wenn der Verlust der Sehkraft vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt war, bleibt es bei der Bewertung gemäß vorstehender Gliedertaxe.

Für die in der Gliedertaxe aufgeführten Organe (z.B. Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge), können Sie anstelle der vorstehenden Invaliditätsgrade wahlweise die Bemessung der Beeinträchtigung der normale körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten gemäß Ziffer 2.1.2.2 AUB 2013 verlangen.

Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad.

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

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.2 zu bemessen.

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

2.3 Erweiterung der Übergangsleistung
Abweichend von Ziffer 2.2 AUB 2013 wird die Versicherungssumme für Übergangsleistung bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig:

- Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung,
- die Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
- Erblindung beider Augen (hochgradige Sehbehinderung mit wenig als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen),
- Kombination aus mindestens zwei der vier folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen)
 - Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule

Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

2.4 Erweiterte Dauer und Verbesserung beim Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

2.4.1 Höhe und Dauer des Krankenhaustagegeldes
Abweichend von Ziffer 2.4 AUB 2013 wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag gerechnet, für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1.825 Tage insgesamt je Unfallereignis.

Das Krankenhaustagegeld wird auch über das 5. Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z.B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 1.825 Tage begrenzt.

2.4.2 Verbesserung beim Krankenhaustagegeld
a) Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird innerhalb der ersten 21 Tage der zweifache Satz des vereinbarten Krankenhaustagegeldes geleistet. Als Ausland

gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

b) Das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme wird auch gezahlt, wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, welches sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, sofern es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungsinstitut in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

2.4.3 Höhe und Dauer des Genesungsgeldes
Abweichend von 2.5.2 AUB 2013 wird das Genesungsgeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für zwei Jahre.

Abweichend von Ziffer 2.4.2 AUB 2013 wird bei einem Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld bei ambulanten chirurgischen Operationen auch eine einmalige Leistung in Höhe von drei Tagessätzen des vereinbarten Genesungsgeldes gezahlt.

2.5 Erweiterung der Todesfalleistung

2.5.1 Anspruch auf Todesfalleistung im zweiten Jahr
Ergänzend zu Ziffer 2.6 AUB 2013 besteht ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfalleistung auch dann, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 AUB 2013 eingetreten ist.

2.5.2 Anspruch auf die Todesfalleistung nach dem Verschollenheitsgesetz
Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzts rechtswirksam für Tod erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.5.3 Erhöhung der Todesfalleistung
Versterben die beiden versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis innerhalb des ersten Jahres ab dem Unfalltag und haben die erbberechtigten Kinder das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für die Todesfalleistung, jedoch höchstens eine zusätzliche Gesamtleistung von 40.000 Euro.

2.6 Sofortleistung bei Schwerverletzungen – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, wird die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme fällig:

- Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung,
- die Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
- Erblindung beider Augen (hochgradige Sehbehinderung mit wenig als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen),
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen)
 - Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule

	Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.	vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
2.7	<p>Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen) – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt</p> <p>Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen), wird eine einmalige Soforthilfe in Höhe von 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder gezahlt.</p> <p>Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.</p> <p>Einen Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe ist spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.</p>	<p>2.9.1.4 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interlloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs- AG halten.</p> <p>2.9.2 Bergungs- und Transportkosten</p> <p>2.9.2.1 Hat die versicherte Person einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erstattet wir die nachgewiesenen Kosten oder Mehraufwendungen bis zu einem Betrag von 20.000 Euro.</p> <p>Wir zahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. • die Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig ist oder ärztlich angeordnet worden ist. • die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen. • die Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde. Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt auch ohne medizinische Notwendigkeit. • die Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder und Lebenspartner der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrkosten erstatten wir bei einfacher Entfernung unter 1.000 Bahnkilometern bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bei größerer Entfernung bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges (Economy Class) sowie für nachgewiesene Taxifahrten bis zu 50 Euro. Übernachtungskosten werden für höchstens drei Nächte bis zu je 75 Euro je Übernachtung und Person gezahlt. • bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. • bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
2.8	<p>Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt</p> <p>Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertage in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung wird ein Haushaltshilfegeld in Höhe von 750 Euro gezahlt.</p> <p>Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, werden für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils 10 Tagen 250 Euro gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen aufgrund desselben Unfalles wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltag bleiben unberücksichtigt.</p>	
2.9	Zusätzliche mitversicherte beitragsfreie Leistungen (Mitversicherte Kostenpositionen)	
2.9.1	Kosmetische Operationen	
2.9.1.1	<p>Voraussetzungen für die Leistung</p> <p>Aufgrund der Unfallverletzungen der versicherten Person ist nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation medizinisch notwendig.</p>	
2.9.1.2	<p>Leistungsumfang</p> <p>Wir erstatten die hierdurch entstandenen notwendigen Kosten bis zu einer Versicherungssumme von 50.000 Euro für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arzthonorare und Operationen • Notwendige Kosten für Unterbringung im Krankenhaus. <p>Medizinisch notwendige Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden für den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen erstattet. Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Rechnung mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung mit dem Ablehnungsbescheid. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.</p>	<p>2.9.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interlloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht und ist die fehlende Eintrittspflicht nicht schuldhaft auf das Verhalten der versicherten Person zurückzuführen, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs- AG halten.</p>
2.9.1.3	<p>Fristen</p> <p>Alle Kosten müssen bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber</p>	<p>2.9.3 Kur- und Rehakosten</p> <p>2.9.3.1 Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, übernehmen wir die nachgewiesenen Kur- und Rehakosten bis max. 10.000 Euro, sofern die versicherte Person innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung • einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder eine behindertengerechte Wohnung bzw. in ein Senioren- oder Pflegeheim • Prothesen und medizinische Hilfsmittel (§ 31 Sozialgesetzbuch VII), soweit ärztlich verordnet • Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen
<p>2.9.3.2 Anstelle der Kostenübernahme nach Ziffer 2.9.3.1 können Sie eine Pauschalleistung bei einem Behandlungszeitraum von mindestens drei Wochen in Höhe von 2.500 € beanspruchen. Mehrere Behandlungsabschnitte wegen desselben Unfalles werden zusammengerechnet. Die Pauschalleistung gilt auch für ambulante Maßnahmen, sofern diese einen Mindestumfang von drei Behandlungstagen pro Woche mit jeweils mindestens zwei Stunden Anwendungsdauer pro Behandlungstag haben. Keine Pauschalleistung erbringen wir für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen unmittelbar im Anschluss eines unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalts.</p>	<p>Wir leisten, längstens für drei Jahre nach Eintritt des Unfalles, für alle nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe von 3.000 Euro. Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegenüber uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.</p>
<p>2.9.3.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interloyd Versicherungs-AG halten.</p>	<p>2.9.8 Nachhilfe-, Kindergarten- und Schulausfallgeld</p>
<p>2.9.4 Übernachtungskosten im Krankenhaus/Rooming-In Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-In-Kosten für eine dem versicherten Kind nahe stehende Person, sofern das versicherte Kind – das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und – sich unfallbedingt in vollstationärer Heilbehandlung befindet. Die Übernachtungskosten tragen wir bis maximal bis zu 50 Euro pro Tag, begrenzt auf 3.000 Euro insgesamt.</p>	<p>2.9.8.1 Nachhilfegeld bei unfallbedingter Schulunfähigkeit Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir ab dem 21. ausgefallenen Schultag die uns nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 € pro Tag, maximal bis zum 100-fachen des Tagessatzes für das Nachhilfegeld. Der Anspruch auf Zahlung des Nachhilfegeldes besteht für das versicherte Kind bis zum 18. Lebensjahr. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 € versichert ist.</p>
<p>2.9.5 Rehamanagement</p>	<p>2.9.8.2 Kindergartenausfallgeld Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht den Kindergarten besuchen, erstatten wir für jeden Werktag ein Kindergartenausfallgeld in Höhe von 20 €, maximal für 20 Tage. Der Anspruch auf Zahlung des Kindergartenausfallgeldes ist uns unter Vorlage eines entsprechend ärztlichen Attestes zu begründen. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 € versichert ist.</p>
<p>2.9.5.1 Führt der Unfall nach erster ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit um mindestens 50 % der versicherten Person, werden wir, in Abstimmung mit der versicherten Person, einen Rehabilitationsdienst beauftragen. Die voraussichtliche Beeinträchtigung ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.</p>	<p>2.9.8.3 Schulausfallgeld Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlen wir für jeden Schultag ein Schulausfallgeld in Höhe von 20 €, maximal für 20 Tage. Der Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes besteht für das versicherte Kind bis zum 18. Lebensjahr und ist unter Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Attestes zu begründen. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 € versichert ist.</p>
<p>2.9.5.2 Wir erstatten die einmaligen Gutachterkosten des Rehabilitationsdienstes und die laufenden Aufwendungen für die Betreuung durch die Berater des Rehabilitationsdienstes für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation bis zu 10.000 Euro.</p>	<p>2.9.9 Koma- und Pflegegeld Ist für die versicherte Person im Vertrag die Leistungsart Krankentagegeld vereinbart, zahlen wir infolge eines Unfalles innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person a) sich in einem Koma befindet oder b) pflegebedürftig im Sinne von § 15 Nr. 1 Sozialgesetzbuch 11 (Pflegestufe I, II oder III) ist</p>
<p>2.9.6 Serviceleistungen Hat die versicherte Person einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die nachfolgend genannten Leistungen als Service. a) Soweit möglich, benennen wir auf einer Reise im Ausland einen englisch oder deutsch sprechenden Arzt sowie Spezialkliniken und stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her; b) Benennung einer Haushaltshilfe. Die Kosten der Haushaltshilfe werden vom Versicherer nicht übernommen; für ihre Leistung wird keine Haftung übernommen.</p>	<p>2.9.10 Maximale Entschädigungsleistung Bestehen für die versicherte beitragsfreien Leistungen nach Ziffer 2.9 weitere Versicherungen bei uns, kann die Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.</p>
<p>2.9.7 Behinderungsbedingte Kosten Führt der Invaliditätsgrad zu Behinderungen im täglichen Leben, die bestimmte Investitionen erfordern, so erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für: • die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkw</p>	

<p>2.10 Zusätzliche beitragsfreie Leistungen zur Kinderunfallversicherung</p> <p>2.10.1 Beitragsfreie Unfall-Todesfalleistung Für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt nach Ablauf der Vorsorgeversicherung gemäß Ziffer 2.11 eine beitragsfreie Todesfalleistung gemäß Ziffer 2.6 AUB 2013 von 5.000 Euro versichert. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.</p> <p>2.10.2 Erhöhung der Invaliditätsleistung bei Fahrrad- und Skateboardunfall Die versicherte Grundsumme für Invaliditätsleistung erhöht sich um 25 %, wenn das versicherte Kind bei einem Fahrrad-, Inlineskate- oder Skateboard-Unfall nachweislich einen Fahrradhelm bzw. handelsübliche Schutzkleidung (Ellenbogen-, Handgelenk- und Knieschoner sowie Schutzhelm) getragen hat. Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 75.000 Euro.</p> <p>2.10.3 Erhöhung der Invaliditätsleistung bei einem Unfall mit öffentlichen Verkehrsmitteln Die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung erhöht sich um 50 %, wenn das versicherte Kind als berechtigter Fahrgast während der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einen Unfall erleidet. Öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bestimmungen sind: Im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßen- und Eisenbahnen; Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur. Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 150.000 Euro.</p> <p>2.11 Vorsorgeversicherung für Kinder/bei Eheschließung und Bau oder Kauf eines Eigenheimes</p> <p>2.11.1 Vorsorgeversicherung für Neugeborene Während der Vertragsdauer geborene Kinder des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt mit 40.000 Euro für den Invaliditäts- und 10.000 Euro für den Todesfall für die Dauer eines Jahres beitragsfrei mitversichert. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.</p> <p>2.11.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragene Lebenspartnerschaft Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages, ist der Ehegatte/der Lebenspartner für ein Jahr ab der Heirat mit 40.000 Euro für den Invaliditäts- und 10.000 Euro für den Todesfall mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Private Unfallversicherung besteht.</p> <p>2.11.3 Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, gewähren wir beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen gemäß Ziffer 2.6. Der Versicherungsschutz beginnt a) mit dem Erwerb des Eigenheimes oder, b) wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten.</p> <p>Die beitragsfreie Sofortleistung gilt nur unter der Voraussetzung, dass wir von Ihnen spätestens drei Monate nach Erwerb/Baubeginn eine schriftliche Nachricht erhalten. Die beitragsfreie Sofortleistung beträgt für Sie und Ihren Le-</p>	<p>bensgefährten (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) je 40.000 € ab Erwerb/Baubeginn.</p> <p>Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine: a) mit dem 3. Jahr nach Erwerb/Baubeginn b) mit Veräußerung des Eigenheimes c) Beendigung der Unfallversicherung</p> <p>3 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen</p> <p>In Erweiterung zu Ziffer 3 AUB 2013 verzichten wir auf eine Anrechnung des Mitwirkungsanteil bei Personen, die am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bei Personen die zum Unfalltag das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird auf eine Anrechnung verzichtet, sofern der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % beträgt. Bei Personen, die das 60. Lebensjahr am Unfalltag vollendet haben, wird bei einem Mitwirkungsanteil von weniger als 25 % auf eine Minderung verzichtet.</p> <p>4 Einschränkungen von Ausschlüssen</p> <p>4.1 Herzinfarkt und Schlaganfälle Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 gelten Unfälle durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall mitversichert; ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.</p> <p>4.2 Bewusstseinsstörungen Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 sind Unfälle durch Bewusstseinstörungen infolge Trunkenheit oder ärztlich verordneter Medikamente versichert. Unfälle durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind jedoch nur mitversichert, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.</p> <p>Ausgeschlossen bleiben Unfälle infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, die durch oder unter Mitwirkung von nicht ärztlich verordneten Medikamenten oder Drogen verursacht wurden.</p> <p>4.3 Fristverlängerung bei überraschenden Kriegsereignissen Abweichend von Ziffer 4.1.3 AUB 2013 erlischt der Versicherungsschutz erst am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges.</p> <p>4.4 Fahrveranstaltungen In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2013 besteht Versicherungsschutz für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Ausgeschlossen bleiben Fahrten im Rahmen einer Rennveranstaltung.</p> <p>4.5 Gesundheitsschäden durch Strahlen Abweichend von Ziffer 4.2.2 AUB 2013 besteht jedoch Versicherungsschutz für Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- bzw. Gewerbskrankheiten.</p>
--	--

- 4.6 Infektionen
- 4.6.1 In Erweiterung zu Ziffer 4.2.4 AUB 2013 gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen bei erstmalig durch einen Arzt diagnostizierte Infektionskrankheiten
- die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis (FSME), Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis),
 - Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pest, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Typhus/Paratyphus.
- Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind und sonstige durch Insektenstiche verursachte allergische Reaktionen.
- Abweichend von Ziffer 10.1 AUB 2013 beginnt der Versicherungsschutz erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.
- 4.6.2 In Erweiterung der Ziffer 4.2.4 AUB 2013 gelten auch
- Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wird;
 - Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.
- 4.7 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen
Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung) mitversichert.

5 Tarumstellung im Erwachsenen-Tarif aufgrund Berufswechsel und Alter

- 5.1 Versehentliche Anzeigepflichtverletzung bei Berufswechsel
- Abweichend von Ziffer 5.2.1 AUB 2013 beeinträchtigt ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige über den Berufswechsel unverzüglich nachholt.
- Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung nach Ziffer 5.2.2 AUB 2013 erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der beruflichen Veränderung an.
- 5.2 Altersumstellung des Erwachsenen-Tarifs
- Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für diese Altersgruppe. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 - Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6 Einschränkungen zu den Obliegenheiten

- 6.1 Geringfügig erscheinende Unfallfolgen
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2013 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- Die vereinbarten Fristen nach Ziffer 2.1 AUB 2013 für den Eintritt, die ärztliche Feststellung sowie die Geltendmachung einer Invalidität sind zu beachten und werden durch diese Bestimmung nicht erweitert.
- Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.
- 6.2 Meldefrist bei Unfalltod
Abweichend Ziffer 6.5 AUB 2013 ist und der Unfalltod innerhalb von einer Woche nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

7 Fälligkeit der Leistung

- 7.1 Vorschussleistung
In Abänderung zu Ziffer 8.3 AUB 2013 kann der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Heilverfahrens einen Vorschuss von 10 % auf die zu erwartende Invaliditätsleistung als einmalige Kapitalleistung verlangt werden, sofern für die betroffene Person keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein.
- 7.2 Beitragsfreie garantierte Vorauszahlung bei Schwerverletzungen
- 7.2.1 Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, kann vor Abschluss des Heilverfahrens eine Vorauszahlung auf die Invaliditätsleistung beansprucht werden.
- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
 - Amputation mindestens eines ganzen Fußes im Sprunggelenk oder einer ganzen Hand,
 - Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades,
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
 - Erbblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5 % Rest-Sehschärfe bei der Augen),
 - Oberschenkelhalsbruch,
- oder
- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma),
 - Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarmes oder des Ober- und Unterschenkels,
- oder
- Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen,
- oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,

- Fraktur der Wirbelsäule,
- Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

7.2.2 Die Vorauszahlung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen und entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.

7.2.3 Wird uns das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen unverzüglich und schriftlich mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt, wird innerhalb von 21 Tagen nach Kenntnisnahme geleistet.

7.2.4 Die Vorauszahlung beträgt für Oberschenkelhalsbrüche 5.000 Euro, für die weiteren unter Ziffer 7.2.1 genannten Voraussetzungen 15.000 Euro; sie ist auf die versicherte Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression) begrenzt.

7.2.5 Die Vorauszahlung wird auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als die Vorauszahlung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

7.3 Erweiterung der Fristen bei Neufeststellung der Invalidität in der Kinderunfallversicherung
Für die versicherte Person verlängert sich die Fünf-Jahresfrist in Erweiterung zur Ziffer 8.4 AUB 2013 für die Neufeststellung der Invalidität bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

8 Sonstige Erweiterungen

8.1 Erweiterte Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für den ungekündigten Vertrag, wenn sie während der Vertragsdauer versterben sollten, in der Kinderunfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 10.7 AUB 2013 gilt die Beitragsfreistellung in der Kinderunfallversicherung

- bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet und
- auch für den Fall, wenn Sie während der Versicherungsdauer in die Pflegestufe II oder III im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft werden und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

8.2 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für Ehegatten oder Lebensgefährten

In Erweiterung zu Ziffer 10.7 AUB 2013 gilt unter den dort genannten Voraussetzungen die Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers auch für den mitversicherten Ehegatten oder Lebensgefährten. Die Beitragsbefreiung ist auf zwei Jahre begrenzt.

8.3 Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit
Bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit (§ 117 Sozialgesetzbuch [SGB] III) des Versicherungsnehmers erstatten wir den Beitrag auf Antrag für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit, maximal für 24 Monaten, wenn Sie bei Beginn der Arbeitslosigkeit seit mindestens 6 Monate die Beiträge zu Ihrer Unfallversicherung bezahlt und das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Erstattung erfolgt nach Ende der Arbeitslosigkeit.

- a) Die Erstattung setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen
 - in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis nach deutschem Recht stand und
 - ein Arbeitsentgelt bezog, das über dem einer geringfügigen Beschäftigung (§ 8 und 8 a SGB IV) lag.
- b) Der beitragsfreie Zeitabschnitt endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers.
- c) Die Arbeitslosigkeit ist uns durch Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachzuweisen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium Plus“

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2013) und, soweit vereinbart, die nachfolgenden Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung „Premium-Plus“.

1 Erweiterungen des Unfallbegriffs

1.1 In Erweiterung zu Ziffer 1.3 AUB 2013 gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen

1.1.1 durch Einwirkung plötzlich ausströmender Gase, Dämpfe oder Stäube, wenn die versicherte Person diesen Einwirkungen unbeabsichtigt ausgesetzt war. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen bis zu sieben Tagen lang ausgesetzt war.

Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

1.1.2 durch Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser), Erstickten oder Erfrieren,

1.1.3 durch unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft,

1.1.4 wenn tauchtypische Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, bei einem Tauchereignis auftreten,

1.1.5 durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS),

1.1.6 durch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches,

1.1.7 der versicherten Personen bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nehmen,

1.1.8 durch Hitzschlag.

1.2 In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2013 gilt als Unfall, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapsel oder Menisken gezerrt oder zerrissen werden.

Abweichend zu Ziffer 4.2.7 AUB 2013 gelten Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche als Unfall.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

Der Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Danach gelten die Regelungen gemäß Ziffern 1.4 und 4.2.7 AUB 2013.

2 Erweiterung der Leistung

2.1 Fristverlängerung bei der Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2013 muss die Invalidität innerhalb

- von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- von 42 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.2 Gliedertaxe Premium Plus

Abweichend von Ziffer 2.1.2.1 AUB 2013 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

• Arm	80 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
• Hand	75 %
• Daumen	30 %
• Zeigefinger	20 %
• anderer Finger	10 %
• für sämtliche Finger einer Hand, höchstens	75 %
• 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	60 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	5 %
• Auge	60 %
• Gehör auf einem Ohr	45 %
• Geruchssinn	20 %
• Geschmackssinn	20 %
• Stimme	100 %
• Niere	25 %
• beide Nieren	100 %
• falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
• Milz	10 %
• Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
• Gallenblase	10 %
• Magen	20 %
• Zwölffinger-, Dünn-, Dick oder Enddarm jeweils	25 %
• Lungenflügel	50 %

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

Sind bei einem Unfallereignis beide Augen, das Gehör auf beiden Ohren in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte. Ist die Funktionsunfähigkeit in unterschiedlichen Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Organ verdoppelt.

Sind die Organe in ihrer Funktionsfähigkeit unterschiedlich beeinträchtigt, so verdoppelt sich lediglich/stattdessen der festgestellte Invaliditätsgrad für das geringer beeinträchtigte Organ. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt. Ist die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person vor dem Unfall vollständig verloren, gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %. Wenn der Verlust der Sehkraft vor dem Unfall nicht

vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt war, bleibt es bei der Bewertung gemäß vorstehender Gliedertaxe.

Für die in der Gliedertaxe aufgeführten Organe (z.B. Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge), können Sie anstelle der vorstehenden Invaliditätsgrade wahlweise die Bemessung der Beeinträchtigung der normale körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten gemäß Ziffer 2.1.2.2 AUB 2013 verlangen. Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad.

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

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.2 zu bemessen.

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

2.3 Erweiterung der Übergangsleistung

2.3.1 In Ergänzung zu Ziffer 2.2 AUB 2013 zahlen wir die vereinbarte Übergangsleistung, wenn die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen seit Eintritt des Unfalls beeinträchtigt ist und diese Beeinträchtigung ununterbrochen seit drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 100 % bestanden hat. Die Übergangsleistung ist spätestens einen Monat nach Ablauf der genannten Anspruchsfristen unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend zu machen.

2.3.2 Sofortleistung bei schweren Verletzungen
Abweichend von Ziffer 2.2 AUB 2013 wird die Versicherungssumme für Übergangsleistung bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig:

- Querschnittslähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung,
- die Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
- Erblindung beider Augen (hochgradige Sehbehinderung mit wenig als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen),
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen)
 - Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule

Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an

gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

2.4 Erweiterte Dauer und Verbesserung beim Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

2.4.1 Höhe und Dauer des Krankenhaustagegeldes
Abweichend von Ziffer 2.4 AUB 2013 wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag gerechnet, für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1.825 Tage insgesamt je Unfallereignis. Das Krankenhaustagegeld wird auch über das 5. Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z.B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf 1.825 Tage begrenzt.

2.4.2 Verbesserung beim Krankenhaustagegeld

- a) Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird der zweifache Satz des vereinbarten Krankenhaustagegeldes geleistet. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.
- b) Das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme wird auch gezahlt, wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, welches sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, sofern es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungsinstitut in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
- c) Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d. h., es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird, sowie für ambulante Versorgungen von Knochenbrüchen (ohne Narkose). Soweit Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld vereinbart ist, wird bei der Versorgung von Knochenbrüchen eine Mindestleistung von 200 Euro vorgenommen.
- d) In Erweiterung zu Ziffer 2.5 AUB 2013 bleibt der Anspruch auf Genesungsgeld auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes an den Unfallfolgen verstirbt.

2.4.3 Verbesserung des Genesungsgeldes
Abweichend von 2.5.2 AUB 2013 wird das Genesungsgeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für zwei Jahre.

2.4.4 Koma- und Pflegegeld
Ist für die versicherte Person im Vertrag die Leistungsart Krankenhaustagegeld vereinbart, zahlen wir infolge eines Unfalls innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 Euro für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person

- a) sich in einem Koma befindet oder
- b) pflegebedürftig im Sinne von § 15 Nr. 1 Sozialgesetzbuch 11 (Pflegestufe I, II oder III) ist.

2.5 Erweiterung der Todesfallleistung

2.5.1 Anspruch auf Todesfallleistung im zweiten Jahr
Ergänzend zu Ziffer 2.6 AUB 2013 besteht ein Anspruch auf die vereinbarte Todesfallleistung auch dann, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall

- unfallbedingt verstirbt und keine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 AUB 2013 eingetreten ist.
- 2.5.2 Anspruch auf die Todesfallleistung nach dem Verschollenheitsgesetz
Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzts rechtswirksam für Tod erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
- 2.5.3 Erhöhung der Todesfallleistung
Versterben infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherten Elternteile innerhalb des ersten Jahres ab dem Unfalltag und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Unfall-Tod, maximal 500.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person weitere Versicherungen bei uns, kann diese Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.
- 2.5.4 Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtleistung von 50.000 Euro.
- 2.5.5 Bis zu einem Betrag von 20.000 Euro werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 4.1.1 AUB 2013 (Unfälle durch Geistes oder Bewusstseinsstörungen) nicht angewandt.
- 2.6 Sofortleistung bei Schwerverletzungen – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt
Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, wird die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme fällig:
- Querschnittlähmung nach unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks,
 - Amputation einer Hand oder eines Fußes im unteren Sprunggelenk,
 - Schädel-Hirn-Verletzung mit Hirnblutung,
 - die Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,
 - Erblindung beider Augen (hochgradige Sehbehinderung mit wenig als 5 % Rest-Sehschärfe beider Augen),
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen)
 - Gewebeerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule
- Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.
- 2.7 Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen) – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt
Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen), wird eine einmalige Soforthilfe in Höhe von 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder gezahlt.
- 2.8 Haushaltshilfegeld – sofern vereinbart und im Versicherungsschein aufgeführt
Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertage in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung wird ein Haushaltshilfegeld in Höhe von 750 Euro gezahlt.
Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, werden für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils 10 Tagen 250 Euro gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen aufgrund desselben Unfalles wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltag bleiben unberücksichtigt.
- 3 Zusätzlich mitversicherte beitragsfreie Leistungen (Mitversicherte Kostenpositionen)**
- Ergänzend zu Ziffer 2 AUB 2013 leisten wir nach einem unter den Bestimmungen dieses Vertrages definierten Unfallereignis Ersatz für die nachgewiesenen unfallbedingten Kosten. Die Leistungen gemäß Ziffern 3.1 bis 3.20 sind insgesamt auf 75.000 Euro je Unfallereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben.
- Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht. Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, kann der Erstattungsanspruch uns gegenüber nur wegen den restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht und ist die fehlende Eintrittspflicht nicht schuldhaft auf das Verhalten der versicherten Person zurückzuführen, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interloyd Versicherungs- AG halten.
- 3.1 Soforthilfe Weltweit
Kommt die versicherte Person in Folge einer unfallbedingten Verletzung in eine unvorhersehbare besondere Notlage, zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um einen erheblichen Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, veranlassen wir die zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen schnellstmöglich und tragen die hierdurch entstehenden Kosten.
Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet.
Die Entschädigung ist Teil der weiteren versicherten Kosten und ist auf maximal 1.000 Euro insgesamt beschränkt.
- 3.2 Kosten für kosmetische Operationen
- 3.2.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben. Sofern keine anderen Fristen als vereinbart gelten, müssen alle Kosten bis zum Ablauf von 5 Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein.

- Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 23. Lebensjahres der versicherten Person, durchgeführt werden.
Wir leisten für nachgewiesene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten sowie
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.
- 3.2.2 Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide-, Eck- und Backenzähnen.
Übernommen werden auch die Kosten für die Wiederherstellung von unfallbedingt beschädigtem oder zerstörtem Zahnersatz (z.B. Brücken, Kronen, Gebisse und Implantate).
Sofern keine anderen Fristen als vereinbart gelten, müssen alle Kosten bis zum Ablauf von 5 Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt worden sind.
Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung oder den Ersatz der unmittelbar durch den Unfall beschädigten Zähne nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ).
- 3.3 Behandlung in einer Dekompressionskammer
Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.
- 3.4 Bergungskosten
Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 3.5 Transportkosten
Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, soweit dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.
- 3.6 Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz
Wir organisieren und erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet wurde. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbildes aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.
- 3.7 Übernahme der unfallbedingten Heilkosten im Ausland
Hat die versicherte Person einen nach diesem Vertrag versicherten Unfall im Ausland erlitten, ersetzen wir die im Weiteren beschriebenen Kosten für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland (siehe Ziffer 3.7.4):
- 3.7.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person erleidet einen nach den Vorschriften dieses Vertrages versicherten Unfall im Ausland. Die aufgrund der unfallbedingten Verletzungen erforderliche medizinisch notwendige Heilbehandlung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Die medizinische Notwendigkeit gilt auch als nachgewiesen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der versicherten Person die Kosten für die unfallbedingte Heilbehandlung erstattet und ein Erstattungsbeleg eingereicht wird. Erstattungsbelege sind Rechnungen und Rezepte, auf denen die Höhe der Leistung aus der Krankenversicherung vom Krankenversicherer vermerkt ist.
- 3.7.2 Art der Leistung
Wir erstatten die im Ausland entstandenen Aufwendungen für die notwendigen Heilbehandlungen einschließlich der Kosten für die nachgewiesenen Heil- und Hilfsmittel bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme (siehe Ziffer 3.7.3).
- 3.7.3 Höhe der Entschädigungsleistung
Wir erstatten bis höchstens 5.000 Euro je versicherte Person und für alle Schadeneignisse eines Versicherungsjahres.
- 3.7.4 Definition Ausland
Der Versicherungsschutz gilt nur während eines Auslandsaufenthaltes mit einer geplanten Aufenthaltsdauer von bis zu 42 Tagen. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.
- 3.8 Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland
Wir erstatten die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.
- 3.9 Behinderungsbedingten Mehraufwendungen nach einem Unfall
Die Leistungen werden erbracht, sofern die Maßnahmen ausschließlich durch einen versicherten Unfall verursacht wurden und
- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen um mindestens 50 % beeinträchtigt ist oder
 - nach Feststellung des von uns beauftragten Interloyd-Reha-Managers des Rehabilitationsdienstes notwendig sind.
- Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für
- die behindertengerechte Umrüstung des eigenen Pkw,
 - den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung,
 - einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren oder Pflegeheim,
 - Prothesen und medizinische Hilfsmittel (§ 31 Sozialgesetzbuch VII) soweit ärztlich verordnet,
 - Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen,
 - Anschaffung eines Blindenhundes,
 - künstliche Organe und Organtransplantation bis max. 10.000 Euro.

- Die erforderlichen Maßnahmen sind durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Alle Mehraufwendungen müssen bis zum Ablauf von 5 Jahren nach dem Unfalltag oder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person entstanden und geltend gemacht sein.
- 3.10 Übernahme von Reparaturkosten von Gliedmaßenprothesen
- Falls infolge eines Unfalls im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2013 Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 Euro.
- Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.
- 3.11 Kurbeihilfen nach Abschluss der vollstationären Heilbehandlung
- Die versicherte Person hat wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet und für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen, eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- Wir erstatten dem Versicherungsnehmer die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 10.000 Euro
- 3.12 Soforthilfe für Opfer eines Raubüberfälle und Geiselnahmen
- Wird die versicherte Person Opfer eines Raubes (§ 249 StGB) oder einer Geiselnahme (239b StGB) leisten wir eine Soforthilfe in Höhe von einem Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1. 3.1 AUB 2013), maximal 3.000 Euro je Schadenereignis. Die Gesamtleistung ist auf 6.000 Euro pro Jahr und versicherte Person begrenzt.
- Der Raub oder die Geiselnahme muss bei der Polizei als strafbare Handlungen angezeigt und protokolliert werden.
- 3.13 Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz
- Wir erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach der vollstationären Heilbehandlung zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrtkosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für fünf Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.
- 3.14 Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen
- Wir erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder, des Ehegatten bzw. des Lebenspartners der versicherten Person und dessen Kinder zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrtkosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class.
- Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.
- 3.15 Erstattung der Zuzahlung zur gesetzlichen Krankenkasse
- Der versicherten Person wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung Kosten (Zuzahlungen) gemäß § 61 SGB V für eine wegen des Unfalles medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt. Die Krankenhaus-Zuzahlung wird in Höhe des Betrages erstattet, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.
- 3.16 Psychologische telefonische Hilfe nach einem Unfall
- Auf die Anfrage der versicherten Person bzw. einer der versicherten Person nahe stehenden Person hin, vermitteln wir eine angemessene psychologische telefonische Hilfe. Die psychologische Hilfe soll die versicherte Person und die ihr nahe stehenden Personen bei der Verarbeitung des Unfalls unterstützen und über Möglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Situation beraten.
- Die Leistung ist auf bis zu vier Personen pro Unfallereignis begrenzt. Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.
- 3.17 Kosten für eine psychologische Betreuung
- Die versicherte Person benötigt aufgrund
- einer selbst erlittenen schweren Unfallverletzung oder
 - einer Schwerstverletzung bzw. eines Todesfalls einer nahe stehenden Person oder
 - eines Raubüberfalls oder einer Geiselnahme
- eine psychologische Betreuung.
- Wir übernehmen die Kosten für bis zu 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung.
- 3.18 Rehamanagement
- 3.18.1 Führt der Unfall nach erster ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit um mindestens 50 % der versicherten Person, werden wir, in Abstimmung mit der versicherten Person, einen Rehabilitationsdienst beauftragen. Die voraussichtliche Beeinträchtigung ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
- 3.18.2 Wir erstatten die einmaligen Gutachterkosten des Rehabilitationsdienstes und die laufenden Aufwendungen für die Betreuung durch die Berater des Rehabilitationsdienstes für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation bis zu 30.000 Euro.
- 3.19 Beitragsfreie Zusatzleistung bei bestimmten Tumor- oder Krebserkrankungen
- 3.19.1 Zusatzhilfe bei bestimmten Tumor- und Krebserkrankungen
- Ergänzend zu Ziffer 2.1 AUB 2013 zahlen wir 10 % der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch 20.000 Euro, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages und nach Ablauf der Wartezeit an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:
- Brustkrebs
 - Hodenkrebs
 - Gehirntumor
 - Gebärmutterhalskrebs
 - Eierstockkrebs

Abweichend von Ziffer 9.1 AUB 2013 beginnt der Versicherungsschutz für diese Erkrankungen erst nach einer Wartezeit von 12 Monaten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose.

Dieser Einschluss endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat.

Ein Attest über die Feststellung der Erkrankung mit Angabe der Diagnose ist uns vorzulegen. Sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Zusatzhilfe bei schweren Krebserkrankungen geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistung. Die Zahlung der Zusatzhilfe wird einmalig pro Krebserkrankung und versicherter Person gezahlt. Bei wiederholtem Krankheitsausbruch wird keine erneute Zahlung der Zusatzhilfe fällig.

3.19.2 Kosmetische oder plastische Brustoperationen als Folge von Brustkrebs

Die versicherte Person muss sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung, einer Brustoperation mit der Entfernung mindestens einer kompletten Brustdrüse unterziehen. Die krebisbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Chirurgen. Krebs im Sinne dieser Bestimmung ist ein nach Wissenschaft und Lehre (histologisch) nachgewiesener Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie durch Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist.

Wir leisten Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind, insgesamt bis maximal 10.000 Euro. Die Zahlung wird pro Krebserkrankung einmalig erbracht.

Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei der Interlloyd Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, werden die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

Kein Versicherungsschutz besteht

- für Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten drei Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird,
- für Tumore, die bösartige Veränderungen des Karzinoms in situ (lokal begrenzter Krebsherd) zeigen oder solche die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden,
- bei wiederholter Krebserkrankung,
- für Fälle, bei denen die versicherte Person zum Ablauf des Versicherungsjahres das 60. Lebensjahr vollendet hat.

3.20 Mitversicherung von Sportgeräten

3.20.1 Hat die versicherte Person einen nach Ziffer 1.3 AUB 2013 fallenden Unfall erlitten, der einen mindestens 3-tägigen medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalt nach sich zieht und ist hierdurch das im Eigentum der versicherten Person stehende Sportgerät beschädigt oder zerstört worden, erstattet der Versicherer die erforderlichen Reparaturkosten bis zur Höhe des in Nr. 2 festgesetzten Zeitwertes und maximal bis zur Höhe der Entschädigungsgrenze (siehe Ziffer 3.18.3), für folgende Sportgeräte: Fahrräder, Eindräder, Tauchausrüstung, Inline-Skates, Skier, Skateboards, Surfgeräte, Snowboards, Kick-boards (City-Roller).

3.20.2 Entschädigungsberechnung

Als Zeitwert werden folgende Werte verbindlich festgelegt: Im 1. Jahr 90 %, im 2. Jahr 70 %, im 3. Jahr 60 %, im 4. Jahr 40 %, ab dem 5. Jahr 20 % des Neupreises.

Ersetzt werden nach dieser Entschädigungsberechnung nur Beträge ab 50 Euro. Versichert sind alle mit dem Sportgerät fest verbundenen Teile. Für lose mit den Sportgeräten verbundene Teile besteht dagegen kein Versicherungsschutz.

3.20.3 Entschädigungsgrenze

Die Leistung ist auf insgesamt 5.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt. Erhalten Sie für ein versichertes Sportgeräte aufgrund von Ereignissen, die durch andere Versicherungsverträge (z.B. Hausrat- oder Haftpflicht Versicherung) abgedeckt sind, eine Entschädigungsleistung, besteht aus diesem Versicherungsvertrag kein Versicherungsschutz.

3.20.4 Abweichende Kündigungsfrist

Die „Mitversicherung von Sportgeräten“ kann jederzeit gekündigt werden. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Kündigt der Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer den gesamten Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum gleichen Zeitpunkt kündigen. Die Kündigung hat in Textform zu erfolgen.

3.21 Maximale Entschädigungsleistung

Bestehen für die versicherten beitragsfreien Leistungen nach Ziffer 3 weitere Versicherungen bei uns, kann die Leistung nur insgesamt einmal verlangt werden.

4 Beitragsfreie Zusatzleistung in der Kinderunfallversicherung

4.1 Beitragsfreie Unfall-Todesfallleistung

Für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt nach Ablauf der Vorsorgeversicherung gemäß Ziffer 5.11 eine beitragsfreie Todesfallleistung gemäß Ziffer 2.6 AUB 2013 von 5.000 Euro versichert. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

4.2 Erhöhung der Invaliditätsleistung bei Fahrrad- und Skateboardunfall

Die versicherte Grundsumme für Invaliditätsleistung erhöht sich um 25 %, wenn das versicherte Kind bei einem Fahrrad-, Inlineskate- oder Skateboard-Unfall nachweislich einen Fahrradhelm bzw. handelsübliche Schutzkleidung (Ellenbogen-, Handgelenk- und Knieschoner sowie Schutzhelm) getragen hat. Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 75.000 Euro.

4.3 Erhöhung der Invaliditätsleistung bei einem Unfall mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung erhöht sich um 50 %, wenn das versicherte Kind als berechtigter Fahrgast während der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einen Unfall erleidet. Öffentliche Verkehrsmittel im Sinne dieser Bestimmungen sind: Im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßen- und Eisenbahnen; Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur. Die Mehrleistung ist begrenzt auf höchstens 150.000 Euro.

4.4 Kosten für Nachhilfestunden

Wir erstatten Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die

- zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- sich für mindestens 14 Tage in vollstationärer Heilbehandlung befunden haben und
 - unfallbedingt nicht am Schulunterricht einer allgemein bildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnten.
- Die Kosten werden bis maximal 50 Euro pro Tag, begrenzt auf 30 Tage erstattet.
- 4.5 **Kindergartenausfallgeld**
Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht den Kindergarten besuchen, erstatten wir für jeden Werktag ein Kindergartenausfallgeld in Höhe von 20 Euro, maximal für 20 Tage. Der Anspruch auf Zahlung des Kindergartenausfallgeldes ist uns unter Vorlage eines entsprechend ärztlichen Attestes zu begründen. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 Euro versichert ist.
- 4.6 **Schulausfallgeld**
Kann das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlen wir für jeden Schultag ein Schulausfallgeld in Höhe von 20 Euro, maximal für 20 Tage. Der Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes besteht für das versicherte Kind bis zum 18. Lebensjahr und ist unter Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Attestes zu begründen. Voraussetzung hierfür ist, dass für das versicherte Kind ein Krankenhaus- Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 10 Euro versichert.
- 4.7 **Kosten für Krankenbesuche von versicherten Kindern**
Muss sich ein versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auf einer Reise, infolge einer Unfallverletzung, länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, organisieren wir den Krankenbesuch einer nahe stehenden Person und erstatten die Fahrt- und Übernachtungskosten.
Die Fahrt- und Übernachtungskosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class erstattet. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.
- 4.8 **Übernachungskosten im Krankenhaus/Rooming-In**
Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-In-Kosten für eine dem versicherten Kind nahe stehende Person, sofern das versicherte Kind
- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
 - sich unfallbedingt in vollstationärer Heilbehandlung befindet.
- Die Übernachtungskosten tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.
- 4.9 **Kinderbetreuung**
Wir organisieren bzw. vermitteln eine 24-Stunden-Betreuung für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, für z.B.
- Wegbegleitung,
 - Hausaufgabenbetreuung,
 - Zubereitung der Mahlzeiten,
 - Betreuung in der Freizeit,
 - zu Bett bringen.
- Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar solange, bis sie anderweitig, z.B. durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebende Person übernommen werden kann.
Voraussetzung ist, dass
- sich die versicherte Person unfallbedingt und vollstationär im Krankenhaus befindet und
 - eine Beaufsichtigung oder Versorgung der Kinder nicht sichergestellt werden kann.
- Die Kosten für die Kinderbetreuung tragen wir bis maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.
- 4.10 **Kosten für notwendige Fahrdienste für Kinder**
Wir organisieren bzw. vermitteln notwendige Fahrdienste für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, z.B. zur Schule oder zu Arztterminen.
Die Kosten für den Fahrdienst tragen wir bis maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.
- 5 Vorsorgeversicherung für Kinder/bei Eheschließung und Bau oder Kauf eines Eigenheimes**
- 5.1 **Vorsorgeversicherung für Neugeborene**
- a) Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab der Schwangerschaft mit 60.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression) und 10.000 Euro Todesfallsumme bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert.
 - b) Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz nach Absatz 1 des Vertrages zusätzlich. Der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.
 - c) Während der Wirksamkeit des Vertrages genießen von Ihnen adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption beitragsfreien Versicherungsschutz mit 30.000 Euro für den Invaliditätsfall.
- Die Beträge nach a) bis c) unterliegen nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
- Auf Antrag des Versicherungsnehmers garantieren wir die Annahme des neugeborenen Kindes zu den Leistungsarten und Versicherungssummen gemäß Ziffer 5.1. a) auch ohne Gesundheitsprüfung bis zum 14. Lebensjahr.
- 5.2 **Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragene Lebenspartnerschaft**
Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte/der Lebenspartner für drei Monate ab der Heirat beitragsfrei mit
- 100.000 Euro für den Invaliditätsfall (ohne Progression),
 - 10.000 Euro für den Todesfall,
 - 20 Euro Krankentagegeld mit Genesungsgeld mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht. Diese Beträge unterliegen nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
- 5.3 **Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheimes**
Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, gewähren wir beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Ziffer 2.7)
Der Versicherungsschutz beginnt
- a) mit dem Erwerb des Eigenheimes oder,
 - b) wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten.
- Die beitragsfreie Sofortleistung gilt nur unter der Voraussetzung, dass wir von Ihnen spätestens drei Monate nach Er-

werb/Baubeginn eine schriftliche Nachricht erhalten. Die beitragsfreie Sofortleistung beträgt für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) je 40.000 € ab Erwerb/Baubeginn.

Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine:

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

6 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

6.1 Abweichend von Ziffer 3 AUB 2013 unterbleibt die Leistungskürzung, wenn der Anteil der unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen weniger als 70 % beträgt.

6.2 Für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben gilt:
Ergänzend zu Ziffer 6.1 verzichten wir auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung unfallunabhängiger Krankheiten oder Gebrechen.

6.3 Für Personen, die das 18., nicht aber das 60. Lebensjahr vollendet haben gilt:

6.3.1 Ergänzend zu Ziffer 6.1 verzichten wir auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung unfallunabhängiger Krankheiten oder Gebrechen für Personen, die bei der Antragsstellung alle Gesundheitsfragen mit „Nein“ beantwortet haben

6.3.2 Für Personen, die während der Wirksamkeit des Vertrages an einer der folgenden Erkrankungen leiden, gilt ein Mitwirkungsanteil von 25 % gemäß Ziffer 3 AUB 2013:

- Autismus
- Alzheimer oder andere Formen von Demenzerkrankungen
- Alkoholismus; Drogenabhängige
- Bluter
- Down Syndrom/Trisomie 21
- Diabetes mellitus
- Depressionen (aktuell in Therapie und Medikamenteneinnahme)
- geistig behinderte Personen
- Glasknochenkrankheit
- HIV/Aids
- Multiple Sklerose
- Osteoporose
- Paget-Syndrom/Morbus Paget
- Parkinsonsche Krankheit
- Polyneuropathie

6.4 Die Erweiterungen nach Ziffer 6.1 bis 6.3 entfällt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat. Es gilt dann die Leistungskürzung ab einem Mitwirkungsanteil von 25 % gemäß Ziffer 3 AUB 2013.

7 Einschränkungen von Ausschlüssen

7.1 Herzinfarkt und Schlaganfälle
Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 gelten Unfälle durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall mitversichert; ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

7.2 Bewusstseinsstörungen
Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Trunkenheit, Einnahme von Medikamenten (auch z.B. durch die Verabreichung von K.O. Tropfen) oder durch Einwirkung von Witterungsbedingungen verursacht sind, versichert.
Unfälle durch Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen sind jedoch nur mitversichert, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt.

Ausgeschlossen bleiben Unfälle infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, die durch oder unter Mitwirkung von Drogen verursacht wurden.

7.3 Unfälle als Folge eines epileptischen Anfalls oder sonstigen Krampfanfalls
Abweichend von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch einen epileptischen Anfall oder sonstigen Krampfanfall verursacht wurden.
Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den epileptischen Anfall hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert.

7.4 Unfälle als Folge von Übermüdung
Abweichung von Ziffer 4.1.1 AUB 2013 gilt der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung, Schlafwandeln, Ohnmachtsanfälle oder Erschrecken nicht als Bewusstseinsstörungen und ist daher mitversichert.

7.5 Unfälle bei Fahren ohne Führerschein bei Personen unter 18. Jahren
Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2013 sind Unfälle von
– Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
– Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung im Sinne des § 832 BGB bedürfen
mitversichert, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§ 21 StVG) zu sein.
Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass mit der Fahrt keine weiteren Straftaten begangen wurden.

7.6 Unfälle durch selbst gebaute Feuerwerkskörper bei Personen unter 18. Jahren
Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2013 sind Unfälle von
– Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
– Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung im Sinne des §832 BGB bedürfen
mitversichert, wenn die versicherte Person durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass durch die Herstellung und den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

7.7 Fristverlängerung bei überraschenden Kriegereignissen
Abweichend von Ziffer 4.1.3 AUB 2013 erlischt der Versicherungsschutz erst am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges.

7.8 Kitesurfen
Zur Klarstellung des Ziffer 4.1.4 AUB 2013 fällt das Kitesurfen nicht unter den Ausschluss Luftfahrzeuge.

7.9	<p>Fahrveranstaltungen In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2013 besteht Versicherungsschutz für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Ausgeschlossen bleiben Fahrten im Rahmen einer Rennveranstaltung.</p>	4.2.5 AUB 2013 Versicherungsschutz. Mitversichert sind für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben auch Vergiftungen oder Verätzungen im Mund- oder Rachenraum durch die Einführung feste oder flüssige Stoffe.
7.10	<p>Blutungen innerer Organe/Gehirnblutungen In Abänderung von Ziffer 4.2.1 AUB 2013 gelten Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen als mitversichert.</p>	7.15 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2013 ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung) mitversichert
7.11	<p>Gesundheitsschäden durch Strahlen Abweichend von Ziffer 4.2.2. AUB 2013 besteht jedoch Versicherungsschutz für Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- bzw. Gewerbskrankheiten.</p>	7.16 Mitversicherung unfallbedingter psychischer und nervöser Störungen Abweichend zu Ziffer 4.2.6 AUB 2013 gilt als vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen sind.
7.12	<p>Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper In Abänderung von Ziffer 4.2.3 AUB 2013 gelten Gesundheitsschäden durch Pediküre und Maniküre als mitversichert.</p>	8 Tarifumstellung im Erwachsenen-Tarif aufgrund Berufswechsel und Alter
7.13	<p>Infektionen</p>	8.1 Versehentliche Anzeigepflichtverletzung bei Berufswechsel Abweichend von Ziffer 5.2.1 AUB 2013 beeinträchtigt ein versehentliches Unterlassen einer Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige über den Berufswechsel unverzüglich nachholt.
7.13.1	<p>In Erweiterung zu Ziffer 4.2.4 AUB 2013 gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen bei erstmalig durch einen Arzt diagnostizierte Infektionskrankheiten</p> <p>a) die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis (FSME), Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis),</p> <p>b) Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Lepra, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus</p> <p>Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind und sonstige durch Insektenstiche verursachte allergische Reaktionen.</p> <p>Abweichend von Ziffer 10.1 AUB 2013 beginnt der Versicherungsschutz erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.</p>	Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung nach Ziffer 5.2.2 AUB 2013 erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der beruflichen Veränderung an.
7.13.2	<p>In Erweiterung der Ziffer 4.2.4 AUB 2013 gelten auch</p> <p>a) Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wird;</p> <p>b) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen als mitversichert.</p>	8.2 Altersumstellung des Erwachsenentarifs ab dem 60. Lebensjahr Zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das – 60. Lebensjahr und/oder – 75. Lebensjahr vollendet hat, stellen wir dann auf den jeweils für diese Altersgruppe gültigen Tarif um. Über die Anpassungen werden wir Sie rechtzeitig informieren. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht: 1. Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. 2. Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
7.14	<p>Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe Für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund besteht abweichend von Ziffer</p>	Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort
		9 Einschränkungen zu den Obliegenheiten
		9.1 Geringfügig erscheinende Unfallfolgen Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2013 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

	Die vereinbarten Fristen nach Ziffer 2.1.1.1 für den Eintritt, die ärztliche Feststellung sowie die Geltendmachung einer Invalidität sind zu beachten und werden durch diese Bestimmung nicht erweitert.	10.2.2	Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen und entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte.
	Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.	10.2.3	Wird uns das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen unverzüglich und schriftlich mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt, wird innerhalb von 21 Tagen nach Kenntnisnahme geleistet.
9.2	Pauschale Vergütung des Verdienstaufschlags Wird in Ergänzung zu Ziffer 6.3 AUB 2013 bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaufschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 500 Euro je Unfallereignis erstattet.	10.2.4	Die Vorauszahlung beträgt für Oberschenkelhalsbrüche 5.000 Euro, für die weiteren unter Ziffer 10.2.1 genannten Voraussetzungen 15.000 Euro; sie ist auf die versicherte Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression) begrenzt.
9.3	Meldefrist bei Unfalldod Ziffer 6.5 AUB 2013 wird gestrichen.	10.2.5	Die Vorauszahlung wird auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als die Vorauszahlung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.
9.4	Versehensklausele Unterbleibt leicht fahrlässig eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben	10.3	Erweiterung der Fristen bei Neufeststellung der Invalidität in der Kinderunfallversicherung In Erweiterung zu Ziffer 8.4 AUB 2013 verlängert sich die Fünf-Jahresfrist für die Neufeststellung der Invalidität bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
10	Fälligkeit der Leistung	11	Sonstige Erweiterungen
10.1	Vorschussleistung In Abänderung zu Ziffer 8.3 AUB 2013 kann der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Heilverfahrens einen Vorschuss von 10 % auf die zu erwartende Invaliditätsleistung als einmalige Kapitalleistung verlangt werden, sofern für die betroffene Person keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein.	11.1	Erweiterte Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für den ungekündigten Vertrag, wenn sie während der Vertragsdauer versterben sollten, in der Kinderunfallversicherung Ergänzend zu Ziffer 10.7 AUB 2013 gilt die Beitragsfreistellung in der Kinderunfallversicherung – bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet und – auch für den Fall, wenn Sie während der Versicherungsdauer in die Pflegestufe II oder III im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft werden und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten
10.2	Beitragsfreie garantierte Vorauszahlung bei schwersten Verletzungen	11.2	Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für Ehegatten oder Lebensgefährten In Erweiterung zu Ziffer 10.7 AUB 2013 gilt unter den dort genannten Voraussetzungen die Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers auch für den mitversicherten Ehegatten oder Lebensgefährten. Die Beitragsbefreiung ist auf zwei Jahre begrenzt
10.2.1	Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen, kann vor Abschluss des Heilverfahrens eine Vorauszahlung auf die Invaliditätsleistung beansprucht werden. • Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks, • Amputation mindestens eines ganzen Fußes im Sprunggelenk oder einer ganzen Hand, • Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades, • Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche, • Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5 % Rest-Sehschärfe bei der Augen), • Oberschenkelhalsbruch, oder • schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma), • Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen des Ober- und Unterarmes oder des Ober- und Unterschenkels, oder • Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen, oder • Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: • Fraktur eines langen Röhrenknochens, • Fraktur des Beckens, • Fraktur der Wirbelsäule, • Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.	11.3	Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit Bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit (§ 117 Sozialgesetzbuch [SGB] III) des Versicherungsnehmers erstatten wir den Beitrag auf Antrag für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit, maximal für 36 Monaten, wenn Sie bei Beginn der Arbeitslosigkeit seit mindestens 6 Monate die Beiträge zu Ihrer Unfallversicherung bezahlt und das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Erstattung erfolgt nach Ende der Arbeitslosigkeit. a) Die Erstattung setzt voraus, dass der Versicherungsnehmer seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen • in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis nach deutschem Recht stand und • ein Arbeitsentgelt bezog, das über dem einer geringfügigen Beschäftigung (§ 8 und 8 a SGB IV) lag.

- b) Der beitragsfreie Zeitabschnitt endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers.
 - c) Die Arbeitslosigkeit ist uns durch Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachzuweisen.
- 11.4 Beitragsfreistellung bei Arbeitsunfähigkeit
- 11.4.1 Ergänzend zu Ziffer 10 AUB 2013 gilt Folgendes als vereinbart: Sie werden unfallbedingt oder krankheitsbedingt für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig und weisen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nach.
- 11.4.2 Art und Höhe der Leistung:
- Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten nach Versicherungsbeginn tritt die Arbeitsunfähigkeit erstmals ein.
 - Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag hin prämienfrei bis zu 12 Monate weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.
 - Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.
- Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.
 - Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.
- 11.4.3 Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.
- 11.5 Anpassung der Summen ohne Gesundheitsprüfung
Auf ihren Antrag hin können Sie den bestehenden Versicherungsumfang jederzeit ihrem aktuellen Versicherungsbedarf anpassen. Für bereits versicherte Leistungsarten (siehe Ziffer 2.1 bis 2.6 AUB 2013) garantieren wir die Annahme ohne Gesundheitsprüfung sofern sich die bestehenden Summen nicht mehr als 10 % erhöhen. Voraussetzung ist, dass unserer tariflichen Höchstzeichnungssummen nicht überschritten werden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007 Protect)

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.
Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.
Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfalleistung
 - 2.7 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
 - 2.8 Sofortleistung bei Frakturen
 - 2.9 Haushaltshilfegeld
 - 2.10 Zusätzliche beitragsfreie Leistungen
 - Kosmetische Operationen
 - Bergungs- und Transportkosten
 - Kurkostenbeihilfe
 - Rooming-in
 - Medizinische Hilfsmittel
 - Serviceleistungen
 - 2.11 Maximale Entschädigungsleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 15 Welches Gericht ist zuständig?
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 17 Welches Recht findet Anwendung?
- 18 Künftige Bedingungsverbesserung

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerissen werden.

- 1.4.1 Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen
 - die eine versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt oder
 - wenn tauchtypische Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, bei einem Tauchereignis auftreten. Dies gilt auch für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.
- 1.6 Vorsorgeversicherung
Während der Vertragsdauer geborene Kinder des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt mit 30.000 Euro für den Invaliditätsfall für die Dauer eines Jahres beitragsfrei mitversichert. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik oder Progression.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Die Invalidität ist innerhalb

- von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- von 42 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.1.2.2 Grundlagen für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

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

• Arm	75 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %
• Hand	60 %
• Daumen	25 %
• Zeigefinger	15 %
• anderer Finger	10 %
• für sämtliche Finger einer Hand, höchstens.	60 %

• Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %
• 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	5 %

• Auge	55 %
• Gehör auf einem Ohr	35 %
• Geruchssinn	12,5 %
• Geschmackssinn	7,5 %

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

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

2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

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

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

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

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

2.1.2.4 Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 70. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach Ziffer 3 nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.3 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 %, erbringt der Versicherte die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der Interlloyd Versicherungs-AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Diese Erweiterung gilt nicht für Verträge, denen die progressiven Invaliditätsstaffeln zugrunde liegen.

2.1.2.5 Wenn für den Invaliditätsfall eine Invaliditätsstaffel mit einer Progression von 225 % vereinbart wurde, werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- 1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,
- 3) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

2.1.2.6 Wenn für den Invaliditätsfall eine Invaliditätsstaffel mit einer Progression von 350 % vereinbart wurde, werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- 1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- 2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- 3) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

2.1.2.7 Wenn für den Invaliditätsfall eine Invaliditätsstaffel mit einer Progression von 500 % vereinbart wurde, werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

<p>1) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,</p> <p>2) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme,</p> <p>3) für den 50 Prozent, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätssumme.</p> <p>4) für den 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die neunfache Invaliditätssumme.</p>	<p>Leistung in Höhe von zwei Tagessätzen des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.</p> <p>c) Das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme wird auch gezahlt, wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, welches sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, sofern es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungsinstitut in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.</p>
2.2 Übergangsleistung	2.5 Genesungsgeld
2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt	2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.
<ul style="list-style-type: none"> • nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und • ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt. <p>Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.</p>	2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage. Besteht nach Ziffer 2.4.3 b) ein Anspruch auf ein Krankenhaus-Tagegeld bei ambulanten Operationen, wird eine einmalige Leistung in Höhe von zwei Tagessätzen des vereinbarten Genesungsgeldes gezahlt.
2.2.2 Art und Höhe der Leistung Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.	2.6 Todesfalleistung
2.3 Tagegeld	2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.
2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person ist unfallbedingt	Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.
<ul style="list-style-type: none"> • in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und • in ärztlicher Behandlung. 	2.6.2 Höhe der Leistung Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Versterben die beiden versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis innerhalb des ersten Jahres ab dem Unfalltag und haben die bezugsberechtigten Kinder das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für die Todesfalleistung, jedoch höchstens eine zusätzliche Gesamtleistung von 40.000 Euro.
2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.	2.7 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
2.4 Krankenhaustagegeld	Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten schweren Verletzungen, wird die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme fällig:
2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.	<ul style="list-style-type: none"> • Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks • Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand • Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung • Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche • Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20 • schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma • Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiel: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch) oder gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: <ul style="list-style-type: none"> • Bruch eines langen Röhrenknochens; • Bruch des Beckens;
2.4.2 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.	
2.4.3 Verbesserung beim Krankenhaustagegeld	
a) Wir gewähren innerhalb von weiteren drei Jahren Krankenhaustagegeld, sofern der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung von eingebrachten Osteosynthesematerialien dient, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der vorangegangenen Krankenhausbehandlung stehen.	
b) Bei einer unfallbedingten ambulanten Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h., es muss eine ganze Extremität betäubt werden) wird eine einmalige	

- Bruch der Wirbelsäule;
- gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs

Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Nr. 3 der AUB entsprechende Anwendung. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

2.8 Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen)
Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen), wird eine einmalige Soforthilfe in Höhe von 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder gezahlt. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

2.9 Haushaltshilfegeld
Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertage in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung wird ein Haushaltshilfegeld in Höhe von 750 Euro gezahlt.
Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, werden für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils 10 Tagen 250 Euro gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen aufgrund desselben Unfalles wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltag bleiben unberücksichtigt.
Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

2.10 Zusätzliche beitragsfreie Leistungen

2.10.1 Kosmetische Operationen

2.10.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
Aufgrund der Unfallverletzungen der versicherten Person ist nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation medizinisch notwendig.

2.10.1.2 Leistungsumfang
Wir erstatten die hierdurch entstandenen notwendigen Kosten für
• Arzthonorare und Operationen
• Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
• medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel
bis zur einer Versicherungssumme von 6.000 Euro. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, auch wenn diese medizinisch notwendig sind, werden nicht übernommen

2.10.1.3 Fristen
Alle Kosten müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

2.10.2 Bergungs- und Transportkosten

2.10.2.1 Hat die versicherte Person einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erstattet wir die nach-

gewiesenen Kosten oder Mehraufwendungen bis zu einem Betrag von 6.000 Euro.

Wir zahlen

- die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- die Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig ist oder ärztlich angeordnet worden ist.
- die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.
- die Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde. Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt auch ohne medizinische Notwendigkeit.
- die Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder und Lebenspartner der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrkosten erstatten wir bei einfacher Entfernung unter 1.000 Bahnkilometern bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bei größerer Entfernung bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges (Economy Class) sowie für nachgewiesene Taxifahrten bis zu 50 Euro. Übernachtungskosten werden für höchstens drei Nächte bis zu je 75 Euro je Übernachtung und Person gezahlt.
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.10.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interlloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs-AG halten.

2.10.2.3 Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

2.10.3 Kurkostenbeihilfe

- Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, zahlen wir einen Betrag in Höhe von 2.500 Euro, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Für die Bemessung der Beihilfe ist Ziffer 3 mit zu berücksichtigen. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
- Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

2.10.4 Rooming-in

Wir erstatten die Übernachtungskosten, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich unfallbedingt
• in vollstationärer Heilbehandlung befindet und

- ein Erziehungsberechtigter im Krankenhaus übernachtet (Rooming-in).
Wir zahlen für die kostenpflichtige Übernachtung eine Pauschale in Höhe von 25 Euro pro Übernachtung, maximal 500 Euro.
- 2.10.5 Medizinische Hilfsmittel
Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die notwendigen Leistungen für medizinische Hilfsmittel (Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Roll- bzw. Krankenfahrstuhl) bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 1.500 Euro, soweit dieses ärztlich angeordnet und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurde.
Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.
- 2.10.6 Serviceleistungen
Hat die versicherte Person einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die nachfolgend genannten Leistungen als Service
 - a) Soweit möglich, benennen wir auf einer Reise im Ausland einen englisch oder deutsch sprechenden Arzt sowie Spezialkliniken und stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her;
 - b) Benennung einer Haushaltshilfe. Die Kosten der Haushaltshilfe werden vom Versicherer nicht übernommen; für ihre Leistung wird keine Haftung übernommen.
- 2.11 Maximale Entschädigungsleistung
Bestehen für die versicherten Kostenarten nach Ziffer 2.10. weitere Versicherungen bei anderen Versicherern, werden die Kosten im Rahmen dieser Unfallversicherung nur insoweit erstattet, als die anderen Versicherer ihre vertraglichen Leistungen voll erfüllt haben und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Sind die anderen Versicherer leistungsfrei oder bestreiten sie ihre Leistungspflicht, so kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interloyd Versicherungs-AG wenden. Bestehen bei der Interloyd Versicherungs-AG noch weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen

die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 %, wird auf eine Minderung bei Personen, die das 60. Lebensjahr am Schadentag noch nicht vollendet haben, verzichtet. Für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, wird bei einem Mitwirkungsanteil von weniger als 25 % auf eine Minderung verzichtet.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1 Nicht versicherbare Personen
Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftig sind.
Schwer- bzw. schwerstpflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf und in Pflegestufe II oder III im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft ist.
- 4.2 Beendigung der Versicherung
Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne der Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese nicht mehr versicherbare Personen die Versicherung.
Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.
- 4.3 Fortsetzung des Versicherungsschutzes auf Antrag
Auf Antrag der versicherten Person und nach Einzelfallprüfung kann der Versicherungsvertrag fortgesetzt werden.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
 - 5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren, sowie Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht wurden.
Das Lenken von Kraftfahrzeugen, ist jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.
Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht
 - wenn nachgewiesen werden kann, dass die versicherte Person alkoholkrank oder medikamentenabhängig gewesen ist,
 - bei Drogeneinfluss oder Medikamentenmissbrauch.
 - 5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - 5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
 - 5.1.4 Unfälle der versicherten Person
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5 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 bei gelegentlichen Fahrten in einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn. Ausgeschlossen bleiben jedoch Fahrten im Rahmen einer Rennveranstaltung.

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen
Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen oder Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, die sich als Unfälle im Sinne der Ziffer 1.3 darstellen. Ausgeschlossen sind Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4 Infektionen

5.2.4.1 Infektionen sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

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

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

5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten, sowie
- beim erstmaligen Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (Frühsummer-Meningoenzephalitis [FSME], Tollwut, Wundstarrkrampf)

Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich empfohlen, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines für die versicherte Person stattfand.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.

5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, ausgenommen Nahrungsmittelvergiftung – nicht Alkoholvergiftungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Als Unfälle gelten jedoch unfreiwillig erlittene Vergiftungen und Gesundheitsschädigungen durch ausströmende Dämpfe und Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren etc., sofern es sich um ein von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis handelt. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann noch angenommen, wenn der Versicherte durch besondere Umstände mehrere Stunden diesen Dingen ausgesetzt war. Gesundheitsschäden durch Dämpfe, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren etc. aufgrund berufsbedingter Umstände gelten als nicht mitversichert.

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

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

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

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 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. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

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

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der zweiten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser für diesen Tarif geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Die Einteilung in Berufs-/Gefahrengruppen erfolgt nach der ausgeübten Berufstätigkeit. Personen, die sich in der Ausbildung befinden, wie z.B. Auszubildende, Volontäre, Prakti-

kanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzu-
stufen.

Zuschlagspflichtige Gefahrengruppen sind:

- Bundesgrenzschutzbeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Bundeswehrbeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Dachdecker
- Berufsfeuerwehr (keine Verwaltung)
- Gerüstbauer
- Kopfschlächter
- Polizeibeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Sägewerker
- Schauspieler
- Schausteller
- Schlachter
- Schornsteinbauer und Schornsteinfeger
- Waldarbeiter

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der
versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mit-
teilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reser-
veübungen fallen nicht darunter.

Unterbleibt die Anzeige über eine Änderung der Berufstätig-
keit oder Beschäftigung versehentlich, tritt eine Änderung
der vereinbarten Versicherungssumme gemäß Ziffer 6.2.2
nicht ein. Die Prämienberichtigung und -verrechnung erfolgt
nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

- 6.2.2 Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum
Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versiche-
rungssummen, gelten diese sobald uns Ihre Erklärung zu-
geht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der
Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungs-
summen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Ände-
rung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats
ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssum-
men gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche
Unfälle.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bis-
herigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenk-
tem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person kön-
nen wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht
herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unver-
züglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befol-
gen und uns unterrichten. Bei zunächst geringfügig erschei-
nenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung,
wenn die versicherte Person den Arzt erst dann hinzuzieht,
wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

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

- 7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte
Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendige
Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Ver-
dienstausfalls tragen wir.

- 7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen
Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versi-
cherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermäch-
tigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

- 7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von
einer Woche nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der
Unfall schon angezeigt war.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Ob-
duktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen
zu lassen.

- 7.6 Sofern Soforthilfe bei Frakturen vereinbart gilt, hat der
Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Zahlung der So-
forthilfe spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalls
geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attes-
tes zu begründen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, ver-
lieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger
Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere
Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entspre-
chenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie
durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfol-
gen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrläs-
sig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie
nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für
den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ur-
sächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglis-
tig verletzt haben.

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invalidi-
tätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu
erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch
anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgen-
der Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über
den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Be-
messung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Lei-
stungsanspruchs entstehen, übernehmen wir nach Abspra-
che mit uns in voller Höhe.
Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

- 9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf 5 Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
 - von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.
- 9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?**
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugeworfen ist.
- Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugeworfen sein.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klage-

gerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugeworfen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

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

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

Der Versicherungsbeitrag

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag
- 11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

- Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 11.3.2 **Verzug**
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
- Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 **Kein Versicherungsschutz**
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4 **Kündigung**
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben. Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4 **Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung**
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
- 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.
- Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 11.5 **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**
Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.
Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 11.6 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 11.7 **Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:
- 11.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet.
- 11.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
- 11.8 **Dynamik**
- 11.8.1 Ist die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart, erhöhen sich die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und den Todesfall, für das Tagegeld, Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld und die Übergangsleistung ab dem zweiten Versicherungsjahr um jeweils 5 %.
- Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 Euro, für die Übergangsleistung auf volle 10 Euro und für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf volle Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Eine Erhöhung der Versicherungssummen für die weiteren Leistungsarten nach Ziffer 2 dieser Bedingungen erfolgt nicht.
- 11.8.2 Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres.
- 11.8.3 Wir unterrichten Sie, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages über die erhöhten Versicherungssummen mit einem Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 11.8.4 Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung nach Ziffer 11.8.3.
Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.
- 11.8.5 Auf ihren Antrag hin wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt. Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Weitere Bestimmungen

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

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

- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
- Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
- Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 13.2 Rücktritt
- 13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts
- Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.
- Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.
- 13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts
- Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
- Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- 13.2.3 Folgen des Rücktritts
- Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
- Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
- Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung
- 13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung 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.
- 13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
- Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag

innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung
fristlos in Schriftform kündigen.

- 13.4 **Anfechtung**
Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzu-
fechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns
der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden
der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit ent-
spricht.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- 14.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in
drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den all-
gemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 14.2 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 Ent-
scheidung in Textform zugeht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

- 15.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns be-
stimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz
oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen
Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in des-
sen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz
oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen
Aufenthalt haben.
- 15.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei
dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder,
in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen
Aufenthalts zuständig ist.

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

- 16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an
unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungs-
schein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichne-
te Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 16.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitge-
teilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber
abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Brie-
fes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt
drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.
Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres
Namens.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen
oder Zusatzbedingungen ausschließlich zum Vorteil des Ver-
sicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gel-
ten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für
diesen Vertrag.

Hilfstabelle progressiver Invaliditätsstaffel (Progressionsmodelle)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit einer progressiven Invaliditätsstaffel vereinbart. Im Leistungsfall berechnet sich die Höhe der Invaliditätsleistung nach dem im Versicherungsschein vereinbarten Progressionsmodell.

1 Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme

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

2 Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme

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

3 Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

Invaliditätsleistung (IL) in % der Grundsumme nach Invaliditätsgrad (IG)											
IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL	IG	IL
26	29	41	89	56	161	71	251	86	374		
27	33	42	93	57	167	72	257	87	383		
28	37	43	97	58	173	73	263	88	392		
29	41	44	101	59	179	74	269	89	401		
30	45	45	105	60	185	75	275	90	410		
31	49	46	109	61	191	76	284	91	419		
32	53	47	113	62	197	77	293	92	428		
33	57	48	117	63	203	78	302	93	437		
34	61	49	121	64	209	79	311	94	446		
35	65	50	125	65	215	80	320	95	455		
36	69	51	131	66	221	81	329	96	464		
37	73	52	137	67	227	82	338	97	473		
38	77	53	143	68	233	83	347	98	482		
39	81	54	149	69	239	84	356	99	491		
40	85	55	155	70	245	85	365	100	500		

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

Sofern Sie mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen für Heilberufe vereinbart haben (siehe Versicherungsschein) gilt:

1 Einschluss von Infektionen für Heilberufe

- 1.1 Für Unfallversicherungen von Ärzten, Zahnärzten, Zahn-technikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern):
In Ergänzung der Ziffer 5.1.3 der AUB gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.
- 1.2 Für Unfallversicherungen von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde:
In Ergänzung der Ziffer 5.1.3 der AUB gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Niesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.
- 1.3 Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren:
Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).

Im Falle der Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten bei Unfallversicherungen von Desinfektoren:
Wird der Desinfektor infolge Ausübung seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z.B. an Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet von derselben Krankheit er-

griffen, so wird für die Folgen der Krankheit in der gleichen Weise wie für die Folgen eines Unfalles geleistet.

2 Gliedertaxe Heilberufe

Abweichend von Ziffer 2.1.2.1 AUB 2013 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Organe folgende Invaliditätsgrade:

• Arm	100 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
• Hand	100 %
• Daumen	60 %
• Zeigefinger	60 %
• anderer Finger	20 %
• für sämtliche Finger einer Hand, höchstens	100 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
• Bein bis unterhalb des Knies	70 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
• Fuß	70 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	5 %
• Auge	80 %
• Gehör auf einem Ohr	45 %
• Gehör auf beiden Ohren	70 %
• Geruchssinn	20 %
• Geschmackssinn	20 %
• Vollständiger Verlust der Stimme	100 %
• Niere	25 %
• beide Nieren	100 %
• falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
• Milz	10 %
• Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
• Gallenblase	10 %
• Magen	20 %
• Zwölffinger-, Dünn-, Dick oder Enddarm jeweils	25 %
• Lungenflügel	50 %

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

Ist die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person vor dem Unfall vollständig verloren, gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100 %. Wenn der Verlust der Sehkraft vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt war, bleibt es bei den Leistungen gemäß Ziffer 2.

Für die in der Gliedertaxe aufgeführten Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge), kann der Versicherungsnehmer anstelle der dort genannten Invaliditätsgrade wahlweise eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach Ziffer 2 verlangen.

Sofern sich aufgrund der individuellen ärztlichen Feststellung ein geringerer Invaliditätsgrad ergibt, gilt dennoch der in der Gliedertaxe vereinbarte Invaliditätsgrad

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

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2 zu bemessen.

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

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

-
- Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.
- 1 Versicherungen ohne Namensangabe**
- 1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
- 1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.
- 1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig. Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.
- 2 Versicherungen mit Namensangabe**
- 2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
- 2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.
- 2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.
- 2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.
- 2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.
- 3 Vertragsdauer**
- 3.1 Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.
- 3.1.1 Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt
- a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet.
 - b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist.
- 3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.
- 3.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Allgemeine Unfallrentenversicherungs-Bedingungen (AURB 2007)

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Unfallrente
 - 2.2 Soforthilfe bei Frakturen
 - 2.3 Haushaltshilfegeld
 - 2.4 Zusätzliche beitragsfreie Leistungen
 - Kosmetische Operationen
 - Bergungskosten
 - Kurkostenbeihilfe
 - Rooming-in
 - Rückholkosten
 - Medizinische Hilfsmittel
 - Serviceleistungen
 - 2.5 Maximale Entschädigungsleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 15 Welches Gericht ist zuständig?
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 17 Welches Recht findet Anwendung?
- 18 Künftige Bedingungsverbesserung

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.4.1 Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen
 - die eine versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt oder
 - wenn tauchtypische Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, bei ei-

nem Tauchereignis auftreten. Dies gilt auch für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

- 1.6 Vorsorgeversicherung
Während der Vertragsdauer geborene Kinder des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt mit 30.000 Euro für den Invaliditätsfall für die Dauer eines Jahres beitragsfrei mitversichert. Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zusätzlich.

Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik oder Progression.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

2.1	Unfallrente	Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
2.1.1	Voraussetzungen für die Leistung	
2.1.1.1	Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.	2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
	Die Invalidität ist innerhalb <ul style="list-style-type: none"> • von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und • von 42 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden. 	2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.
2.1.1.2	Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall stirbt.	2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
2.1.2	Art und Höhe der Leistung	2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person <ul style="list-style-type: none"> • aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder • gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Unfallrente nach 2.1.2 entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
2.1.2.1	Die Unfallrente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem der Versicherte stirbt oder wir Ihnen mitteilen, dass eine nach 2.1.2.2 vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, das der Grad der Invalidität unter den im Versicherungsschein vereinbarten Invaliditätsgrad gesunken ist. Zusätzlich wird einmalig ein Betrag in Höhe von zwölf Monatsrenten gezahlt, wenn die versicherte Person stirbt und ein Anspruch auf Rentenzahlung zum Zeitpunkt des Todes bestand. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Ansprüche auf Unfallrente, wenn der Tod innerhalb eines Monats nach dem Unfall eintritt.	2.2 Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen) Sofern im Versicherungsvertrag vereinbart, wird einmalig eine Soforthilfe in Höhe von 500 Euro für Erwachsene und 250 Euro für Kinder gezahlt, wenn der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüchen) führt. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.
2.1.2.2	Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1.2.2.1. Er kann innerhalb von drei Jahren nach Zugang der Erklärung gemäß Ziffer 9 einmal jährlich erneut ärztlich bemessen werden; die erneute Bemessung können wir oder Sie veranlassen. Dieses Recht muss mit Abgabe einer Erklärung entsprechend Ziffer 9 Ihnen gegenüber innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.	2.3 Haushaltshilfegeld Sofern im Versicherungsvertrag vereinbart, wird Haushaltshilfegeld in Höhe von 750 Euro gezahlt, wenn sich die versicherte Person unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertage in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, werden für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils 10 Tagen 250 Euro gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen aufgrund desselben Unfalles wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltag bleiben unberücksichtigt. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.
2.1.2.2.1	Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Arm 75 % • Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks 70 % • Arm unterhalb des Ellenbogengelenks 65 % • Hand 60 % • Daumen 25 % • Zeigefinger 15 % • anderer Finger 10 % • für sämtliche Finger einer Hand, höchstens 60 % • Bein über der Mitte des Oberschenkels 75 % • 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 5 % • Auge 55 % • Gehör auf einem Ohr 35 % • Geruchssinn 12,5 % • Geschmackssinn 7,5 % 	2.4 Zusätzliche beitragsfreie Leistungen
		2.4.1 Kosmetische Operationen
		2.4.1.1 Voraussetzungen für die Leistung Aufgrund der Unfallverletzungen der versicherten Person ist nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation medizinisch notwendig.
		2.4.1.2 Leistungsumfang Wir erstatten die hierdurch entstandenen notwendigen Kosten für <ul style="list-style-type: none"> • Arzthonorare und Operationen • Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus • medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel bis zur einer Versicherungssumme von 6.000 Euro. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.

	b) Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.
<p>2.4.1.3 Fristen Alle Kosten müssen bis zum Ablauf von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt der Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Leistungen nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.</p>	<p>2.4.4 Rooming-in Wir erstatten die Übernachtungskosten, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich unfallbedingt</p> <ul style="list-style-type: none"> • in vollstationärer Heilbehandlung befindet und • ein Erziehungsberechtigter im Krankenhaus übernachtet (Rooming-in). <p>Wir zahlen für die kostenpflichtige Übernachtung eine Pauschale in Höhe von 25 Euro pro Übernachtung, maximal 500 Euro.</p>
<p>2.4.2 Bergungskosten</p>	<p>2.4.5 Rückholkosten</p> <p>a) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt am Unfallort die entstandenen Kosten des Verletzten für den Rücktransport in ein Krankenhaus an seinem ständigen Wohnsitz. Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch nur wegen der verbleibenden Kosten geltend gemacht werden.</p> <p>b) Bestehen für den Versicherten bei der Interlloyd Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Rückholkosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.</p> <p>c) Wir erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu 5.000 Euro.</p> <p>d) Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.</p>
<p>2.4.2.1 Hat die versicherte Person einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erstattet wir die nachgewiesenen Kosten oder Mehraufwendungen bis zu einem Betrag von 6.000 Euro.</p>	<p>2.4.6 Medizinische Hilfsmittel Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die notwendigen Leistungen für medizinische Hilfsmittel (Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Roll- bzw. Krankenfahrstuhl) bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 1.500 Euro, soweit dieses ärztlich angeordnet und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurde. Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.</p>
<p>Wir zahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. • die Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig ist oder ärztlich angeordnet worden ist. • die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen. • die Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde. • die Mehraufwendungen für die Rückkehr der mitreisenden Kinder und Lebenspartner der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrtkosten erstatten wir bei einfacher Entfernung unter 1.000 Bahnkilometern bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bei größerer Entfernung bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges (Economy Class) sowie für nachgewiesene Taxifahrten bis zu 50 Euro. Übernachtungskosten werden für höchstens drei Nächte bis zu je 75 Euro je Übernachtung und Person gezahlt. • die Überführungskosten bei einem Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die Bestattungskosten im Ausland. 	<p>2.4.7 Serviceleistungen Hat die versicherte Person einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall erlitten, erbringen wir die nachfolgend genannten Leistungen als Service</p> <p>a) Soweit möglich, benennen wir auf einer Reise im Ausland einen englisch oder deutsch sprechenden Arzt sowie Spezialkliniken und stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her;</p> <p>b) Benennung einer Haushaltshilfe. Die Kosten der Haushaltshilfe werden vom Versicherer nicht übernommen; für ihre Leistung wird keine Haftung übernommen.</p>
<p>2.4.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegenüber der Interlloyd Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs-AG halten.</p>	<p>2.5 Maximale Entschädigungsleistung Bestehen für die versicherten Kostenarten nach Ziffer 2.4 weitere Versicherungen bei anderen Versicherern, werden die Kosten im Rahmen dieser Unfallversicherung nur insoweit erstattet, als die anderen Versicherer ihre vertraglichen Leistungen voll erfüllt haben und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Sind die anderen Versicherer leistungsfrei oder bestreiten sie ihre Leistungspflicht, so kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an die Interlloyd Versicherungs-AG wenden. Bestehen bei</p>
<p>2.4.2.3 Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.</p>	
<p>2.4.3 Kurkostenbeihilfe</p> <p>a) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, zahlen wir einen Betrag in Höhe von 2.500 Euro, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Für die Bemessung der Beihilfe ist Ziffer 3 mit zu berücksichtigen. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik.</p>	

der Interloyd Versicherungs-AG noch weitere Verträge für die versicherte Person, so werden die genannten Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftig sind.

Schwer- bzw. schwerstpflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf und in Pflegestufe II oder III im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft ist.

4.2 Beendigung der Versicherung

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne der Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese nicht mehr versicherbare Personen die Versicherung.

Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

4.3 Fortsetzung des Versicherungsschutzes auf Antrag

Auf Antrag der versicherten Person und nach Einzelfallprüfung kann der Versicherungsvertrag fortgesetzt werden.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1

Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren, sowie Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht wurden.

Das Lenken von Kraftfahrzeugen, ist jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.

Grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht

- wenn nachgewiesen werden kann, dass die versicherte Person alkoholkrank oder medikamentenabhängig gewesen ist,
- bei Drogeneinfluss oder Medikamentenmissbrauch.

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

5.1.3

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

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

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

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

5.1.4

Unfälle der versicherten Person

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

5.1.5

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 bei gelegentlichen Fahrten in einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn. Ausgeschlossen bleiben jedoch Fahrten im Rahmen einer Rennveranstaltung.

5.1.6

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2

Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2

Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4

Infektionen

5.2.4.1

Infektionen sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten, sowie
 - beim erstmaligen Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (Früh-sommer-Meningoenzephalitis [FSME], Tollwut, Wundstarrkrampf).

Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich empfohlen, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

Abweichend von Ziffer 10.1 beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Nachweis durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.

- 5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, ausgenommen Nahrungsmittelvergiftung – nicht Alkoholvergiftungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Als Unfälle gelten jedoch unfreiwillig erlittene Vergiftungen und Gesundheitsschädigungen durch ausströmende Dämpfe und Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren etc., sofern es sich um ein von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis handelt. Der Begriff der Plötzlichkeit wird auch dann noch angenommen, wenn der Versicherte durch besondere Umstände mehrere Stunden diesen Dingen ausgesetzt war. Gesundheitsschäden durch Dämpfe, Gase, Dünste, Staubwolken, Säuren etc. aufgrund berufsbedingter Umstände gelten als nicht mitversichert.

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

- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

- 6.1 gestrichen

- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

- 6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser für diesen Tarif geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Die Einteilung in Berufs-/Gefahrengruppen erfolgt nach der ausgeübten Berufstätigkeit. Personen, die sich in der Ausbildung befinden, wie z.B. Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Zuschlagspflichtige Gefahrengruppen sind:

- Bundesgrenzschutzbeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Bundeswehrbeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Dachdecker
- Berufsfeuerwehr (keine Verwaltung)
- Gerüstbauer
- Kopfschlächter
- Polizeibeamte, -angestellte (keine Verwaltung)
- Sägewerker
- Schauspieler
- Schausteller
- Schlachter
- Schornsteinbauer und Schornsteinfeger
- Waldarbeiter

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reservierungen fallen nicht darunter.

- 6.2.2 Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

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

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

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

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

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

- 7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versi-

cherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

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

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

- 7.5 Sofern Soforthilfe bei Frakturen vereinbart gilt, hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

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

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir

- bei Invalidität bis zu 10 % der versicherten monatlichen Unfallrente.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

Die Versicherungsdauer

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

- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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

- 11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag
- 11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 11.3.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung

kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

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

Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

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.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
Ist unterjährige Zahlung des Jahresbeitrags vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.
Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 11.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:
- 11.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet.
- 11.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

- 11.8 Dynamik
- 11.8.1 Ist die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart, erhöhen sich die Versicherungssummen um jeweils 3 %.
Dabei werden die Versicherungssummen für Unfallrente auf volle 10 Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
Eine Erhöhung der Versicherungssummen für die weiteren Leistungsarten nach Ziffer 2 dieser Bedingungen erfolgt nicht.
- 11.8.2 Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres.
- 11.8.3 Wir unterrichten Sie, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages über die erhöhten Versicherungssummen mit einem Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 11.8.4 Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung nach Ziffer 11.8.3.
Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.
- 11.8.5 Auf Ihren Antrag hin wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt. Wir können die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

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

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1

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.

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

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

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

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

13.4 **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.

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

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

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1 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.

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

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

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

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

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen oder Zusatzbedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Auszug Allgemeine Rechtsschutz-Bedingungen (ARB 2011)

§ 5 Leistungsumfang

(1) Die ARAG erbringt und vermittelt Dienstleistungen zur rechtlichen Interessenwahrnehmung und trägt

- a) bei Eintritt des Rechtsschutzfalles im Inland die Vergütung eines für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwaltes bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines am Ort des zuständigen Gerichtes ansässigen Rechtsanwaltes. Die ARAG trägt in Fällen, in denen das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG) für die Erteilung eines mündlichen oder schriftlichen Rates oder einer Auskunft (Beratung), die nicht mit einer anderen gebührenpflichtigen Tätigkeit zusammenhängt, und für die Ausarbeitung eines Gutachtens keine der Höhe nach bestimmte Gebühr festsetzt, je Rechtsschutzfall die übliche Vergütung, höchstens jedoch 250 Euro, und für ein erstes Beratungsgespräch höchstens 190 Euro.

Wohnt der Versicherungsnehmer mehr als 100 km Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt und erfolgt eine gerichtliche Wahrnehmung seiner Interessen, trägt die ARAG bei den Leistungsarten gemäß § 2 a) bis g), l), m), und o) in der ersten Instanz weitere Kosten für einen im Landgerichtsbezirk des Versicherungsnehmers ansässigen Rechtsanwalt bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwaltes, der lediglich den Verkehr mit dem Prozessbevollmächtigten führt, oder stattdessen in gleicher Höhe Reisekosten und Abwesenheitsgelder des für den Versicherungsnehmer tätigen Rechtsanwaltes;

- b) bei Eintritt eines Rechtsschutzfalles im Ausland die angemessene Vergütung eines für den Versicherungsnehmer tätigen, am Ort des zuständigen Gerichtes ansässigen ausländischen oder eines im Inland zugelassenen Rechtsanwaltes. Im letzteren Fall trägt die ARAG die Vergütung bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung, die entstanden wäre, wenn das Gericht, an dessen Ort der Rechtsanwalt ansässig ist, zuständig wäre. § 5 Absatz 1 a) Satz 2 gilt entsprechend.

Wohnt der Versicherungsnehmer mehr als 100 km Luftlinie vom zuständigen Gericht entfernt und ist ein ausländischer Rechtsanwalt für den Versicherungsnehmer tätig, trägt die ARAG in der ersten Instanz weitere Kosten für einen im Landgerichtsbezirk des Versicherungsnehmers ansässigen Rechtsanwalt bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwaltes, der lediglich den Verkehr mit dem ausländischen Rechtsanwalt führt.

Ist der Rechtsschutzfall durch einen Kraftfahrzeugunfall im Geltungsbereich des § 6 Absatz 1 eingetreten und eine zunächst betriebene Regulierung mit dem Schadenregulierungsbeauftragten beziehungsweise der Entschädigungsstelle im Inland erfolglos geblieben, so dass eine Rechtsverfolgung im Ausland notwendig wird, trägt die ARAG zusätzlich die Kosten eines inländischen Rechtsanwaltes bei der Regulierung mit dem Schadenregulierungsbeauftragten beziehungsweise der Entschädigungsstelle im Inland im Rahmen der gesetzlichen Gebühren bis zur Höhe einer 1,5-fachen Gebühr nach § 13 RVG für dessen gesamte Tätigkeit.

- Bei Eintritt eines Rechtsschutzfalles im Rahmen des § 6 Absatz 2 trägt die ARAG abweichend von (1) die Vergütung eines für den Versicherungsnehmer tätigen ausländischen Rechtsanwaltes bis zur Höhe der gesetzlichen Gebühren, die bei der Wahrnehmung der rechtlichen Interessen in Deutschland durch einen Rechtsanwalt nach deutschem Gebührenrecht und unter Ansatz der hier üblichen Gegenstands- und Streitwerte angefallen wären;
- c) die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die vom Gericht herangezogen werden, sowie die Kosten des Gerichtsvollziehers;
- d) die Gebühren eines Schieds- oder Schlichtungsverfahrens bis zur Höhe der Gebühren, die im Falle der Anrufung eines zuständigen staatlichen Gerichtes erster Instanz entstehen; die Kosten für Mediationsverfahren richten sich hingegen ausschließlich nach § 5 a).
- e) die Kosten in Verfahren vor Verwaltungsbehörden einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die von der Verwaltungsbehörde herangezogen werden, sowie die Kosten der Vollstreckung im Verwaltungswege;
- f) die übliche Vergütung
- aa) eines öffentlich bestellten technischen Sachverständigen oder einer rechtsfähigen technischen Sachverständigenorganisation in Fällen der
- Verteidigung in verkehrsrechtlichen Straf- und Ordnungswidrigkeitenverfahren,
 - Wahrnehmung der rechtlichen Interessen aus Kauf- und Reparaturverträgen von Motorfahrzeugen zu Lande sowie Anhängern;
- bb) eines im Ausland ansässigen Sachverständigen in Fällen der Geltendmachung von Ersatzansprüchen wegen der im Ausland eingetretenen Beschädigung eines Motorfahrzeuges zu Lande sowie Anhängers;
- g) die Kosten der Reisen des Versicherungsnehmers zum Gericht, wenn sein Erscheinen als Beschuldigter oder Partei vorgeschrieben und zur Vermeidung von Rechtsnachteilen erforderlich ist. Die Reisekosten zu einem inländischen Gericht werden jedoch nur übernommen, wenn über die Voraussetzungen in Satz 1 hinaus der Versicherungsnehmer mehr als 100 km Luftlinie vom Gerichtsort entfernt wohnt. Die Kosten werden bis zur Höhe der für Geschäftsreisen von deutschen Rechtsanwälten geltenden Sätze übernommen;
- h) die dem Gegner durch die Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen entstandenen Kosten, soweit der Versicherungsnehmer zu deren Erstattung aufgrund eines Kostenfestsetzungsbeschlusses verpflichtet ist.

- (2) a) Der Versicherungsnehmer kann die Übernahme der von der ARAG zu tragenden Kosten verlangen, sobald er nachweist, dass er zu deren Zahlung verpflichtet ist oder diese Verpflichtung bereits erfüllt hat.
- b) Vom Versicherungsnehmer in fremder Währung aufgewandte Kosten werden diesem in Euro zum Wechselkurs zum Zeitpunkt der Zahlung umgerechnet.

selkurs des Tages erstattet, an dem diese Kosten vom Versicherungsnehmer gezahlt wurden.

- (3) Die ARAG trägt nicht
- a) Kosten, die der Versicherungsnehmer ohne Rechtspflicht übernommen hat;
 - b) Kosten,
 - aa) die bei einer einverständlichen Erledigung durch Vergleich nicht dem Verhältnis des vom Versicherungsnehmer angestrebten Ergebnisses zum erzielten Ergebnis entsprechen, es sei denn, dass eine hiervon abweichende Kostenverteilung gesetzlich vorgeschrieben ist;
 - bb) soweit sie bei einer einverständlichen Erledigung durch Vergleich auf der Einbeziehung nicht streitiger Gegenstände beruhen;
 - c) die im Versicherungsschein vereinbarte Selbstbeteiligung je Rechtsschutzfall;
 - d) Kosten, die aufgrund der vierten oder jeder weiteren Zwangsvollstreckungsmaßnahme je Vollstreckungstitel entstehen;
 - e) Kosten aufgrund von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen, die später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels eingeleitet werden;
 - f) Kosten für Strafvollstreckungsverfahren jeder Art nach Rechtskraft einer Geldstrafe oder -buße unter 250 Euro;
 - g) Kosten, zu deren Übernahme ein anderer verpflichtet wäre, wenn der Rechtsschutzversicherungsvertrag nicht bestünde;
 - h) Kosten, die im Rahmen von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen in Bezug auf gewerblich genutzte Grundstücke, Gebäude oder Gebäudeteile für eine erforderliche umweltbedingte Beseitigung und Entsorgung von Schadstoffen und Abfällen entstehen;
 - i) Kosten, die bei Teileintrittspflicht auf den nicht gedeckten Teil entfallen. Treffen Ansprüche zusammen, für die teils Versicherungsschutz besteht, teils nicht, trägt die ARAG nur den Teil der angefallenen Kosten, der dem Verhältnis des Wertes des gedeckten Teils zum Gesamtstreitwert (Quote) entspricht. In den Fällen des § 2 h) bis j) sowie n) 1) bis 3) richtet sich der von der ARAG zu tragende Kostenanteil nach Gewichtung und Bedeutung der einzelnen Vorwürfe im Gesamtzusammenhang.
 - j) die Umsatzsteuer, soweit der Versicherungsnehmer zum Vorsteuerabzug berechtigt ist.

- (4) Die ARAG zahlt in jedem Rechtsschutzfall höchstens die vereinbarte Versicherungssumme. Zahlungen für den Versicherungsnehmer und mitversicherte Personen aufgrund desselben Rechtsschutzfalles werden hierbei zusammengerechnet. Dies gilt auch für Zahlungen aufgrund mehrerer Rechtsschutzfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen.

- (5) Die ARAG sorgt
- a) für die Übersetzung der für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers im Ausland notwendigen schriftlichen Unterlagen und trägt die dabei anfallenden Kosten;
 - b) für die Zahlung eines zinslosen Darlehns bis zu der vereinbarten Höhe für eine Kautions, die gestellt werden muss, um den Versicherungsnehmer einstweilen von Strafverfolgungsmaßnahmen zu verschonen;
 - c) für die Auswahl und Beauftragung eines Dolmetschers, wenn der Versicherungsnehmer, sein mitversicherter Lebenspartner oder die mitversicherten Kinder im Ausland verhaftet oder mit Haft bedroht werden, und trägt auch die hierfür anfallenden Kosten; ferner benachrichtigt sie in diesen Fällen von den Versicherten benannte Personen und bei Bedarf diplomatische Vertretungen;
 - d) auf Wunsch des Versicherungsnehmers für die Aufbewahrung von Kopien wichtiger privater Unterlagen und privater Dokumente, um im Notfall schnell Ersatz beschaffen zu können. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer die Kopien rechtzeitig, d.h. mindestens vierzehn Tage vor der Reise, an die ARAG sendet. Verliert der Versicherungsnehmer, sein mitversicherter Lebenspartner oder die mitversicherten Kinder auf einer Reise im Ausland ein für die Reise benötigtes privates Dokument, benennt die ARAG bei Bedarf diplomatische Vertretungen und übernimmt die dort anfallenden Gebühren für die Erstellung von Ersatzdokumenten. Reise ist jede mehrtägige Abwesenheit vom ständigen Wohnsitz bis zu einer Höchstdauer von einem Jahr.

- (6) Alle Bestimmungen, die den Rechtsanwalt betreffen, gelten entsprechend
- a) in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit und im Beratungs-Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht (§ 2 k Absatz 1 und 2) für Notare;
 - b) im Steuer-Rechtsschutz gemäß § 2 e) für Angehörige der steuerberatenden Berufe;
 - c) bei Wahrnehmung rechtlicher Interessen im Ausland für dort ansässige rechts- und sachkundige Bevollmächtigte.

Unfall-Schutzbrief Bedingungen (USB 2013)

- sofern im Versicherungsvertrag vereinbart -

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Wann, in welchem Umfang, wie lange und wo sind die Leistungen des Unfall-Schutzbriefs versichert?
- 3 Welche Leistungen sind versichert?
- 4 Weitere versicherte Kosten nach einem Unfall
- 5 Weitere Serviceleistungen nach einem Unfall?
- 6 Update-Garantie für Leistungsverbesserung
- 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der Versicherungsfall

- 8 Welche Obliegenheiten hat die versicherte Person nach dem Versicherungsfall zu beachten?
- 9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Die Vertragsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Der Versicherungsbeitrag

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie haftet der Versicherer für erbrachte Leistungen/Leistungserbringer?
- 13 Weitere Versicherungen bei dem Versicherer
- 14 Verhältnis zu anderen Ersatzpflichtigen
- 15 Welches Gericht ist zuständig?
Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 16 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 17 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 18 Welches Gericht ist zuständig?
- 19 Was ist bei Mitteilungen an den Versicherer zu beachten?
- 20 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Versicherungsschutz bei Unfällen
Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Für die Leistungserfüllung können wir uns qualifizierter externer Dienstleister bedienen.

- 1.2 Weltweite Deckung
Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

- 1.3 Allgemeiner 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 Gesundheitsschädigungen
 1. durch Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser), Erstickten oder Erfrieren;
 2. durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Atemluft;
 3. durch tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung;
 4. welche die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Personen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt;
 5. durch Einwirkung plötzlich ausströmender Gase, Dämpfe, Dünste, Stäube oder Säuren, auch wenn die versicherte Person diesen Einwirkungen unbeabsichtigt und durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden ausgesetzt war.
Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbskrankheiten);

6. durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS);
7. durch Sonnenbrand oder Sonnenstich;
8. durch Hitzschlag;
9. wenn durch eine Eigenbewegung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden. Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen der Bandscheibe.

2 Wann, in welchem Umfang, wie lange und wo sind die Leistungen des Unfall-Schutzbriefs versichert?

- 2.1 Unsere Leistungen
Wir ermitteln in einem Erstgespräch, auf Wunsch und nach Meldung, innerhalb von 48 Stunden den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Leistungen des Unfall-Schutzbriefs aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Dieser Bedarf wird durch die in Ziffer 3 beschriebenen Leistungen gedeckt.

- 2.1.1 Soforthilfe weltweit (Ziffer 3.1)
- 2.1.2 Hilfeleistungen nach einem Unfall (Ziffer 3.2)
- 2.1.3 Pflegeleistungen nach einem Unfall (Ziffer 3.3)
- 2.1.4 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades (Ziffer 3.4)
- 2.1.5 Reha-Manager (Ziffer 3.5)
- 2.1.6 Weitere versicherte Kosten nach einem Unfall (Ziffer 4)
- 2.1.7 Weitere Serviceleistungen nach einem Unfall (Ziffer 5)

<p>2.2 Voraussetzung für die Leistungen</p> <p>2.2.1 Telefonische Meldung Die versicherte Person, oder ein Dritter, im Auftrag der versicherten Person, meldet den Versicherungsfall über das Notruf-Telefon der Interlloyd – Telefonnummer: +49(0)211 / 963 1468. Das Notruf-Telefon ist 24 Stunden an allen Tagen des Jahres erreichbar.</p> <p>Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.</p> <p>Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.</p> <p>2.2.2 Anspruchsgrund Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 oder 1.4 erlitten.</p> <p>2.2.3 Hilfsbedürftigkeit Für die Leistungen gemäß Ziffer 2.1.2 bis 2.1.4 ist die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person Voraussetzung. Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> – sich in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, oder – durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und daher für die gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf. <p>2.2.4 Voraussetzung für den Reha-Manager Voraussetzung für die Leistung gemäß Ziffer 2.1.5 ist eine nach ärztlicher Feststellung voraussichtlich zu erwartende dauerhafte Einschränkung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 25 %.</p> <p>2.2.5 Weitere Voraussetzungen Die weiteren Voraussetzungen finden Sie in den jeweiligen nachfolgenden Bestimmungen.</p> <p>2.3 Berücksichtigung von Vorerkrankungen Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, werden die Leistungen des Unfall-Schutzbriefs nicht eingeschränkt.</p> <p>2.4 Dauer der Leistungen Sofern in Ziffer 3 nicht anderweitig beschrieben, erbringen wir die Leistungen des Unfall-Schutzbriefs für die Dauer von maximal 9 Monaten, solange die Voraussetzungen gemäß Ziffer 2.2 erfüllt sind. Sollte sich nach Aufnahme der Leistung gemäß Ziffer 2.1.2 bis Ziffer 2.1.4 herausstellen, dass eine unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit nicht oder nicht mehr besteht, werden diese Leistungen eingestellt. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Leistungen tragen wir.</p> <p>2.5 Dienstleistungsort Sofern nachfolgend in Ziffer 3 nicht anderweitig beschrieben erbringen wir die Leistungen des Unfall-Schutzbriefs ausschließlich in Deutschland.</p> <p>3 Welche Leistungen sind versichert?</p> <p>3.1 Soforthilfe weltweit Kommt die versicherte Person in Folge einer unfallbedingten Verletzung in eine unvorhersehbare besondere Notlage, zu deren Beseitigung Hilfe notwendig ist, um einen erheblichen</p>	<p>Nachteil für ihre Gesundheit oder ihr Vermögen zu vermeiden, veranlassen wir die zumutbaren und erforderlichen Maßnahmen schnellstmöglich und trägt die hierdurch entstehenden Kosten. Kosten im Zusammenhang mit der Nicht- oder Schlechterfüllung von Verträgen, die von der versicherten Person abgeschlossen wurden, sowie Wiederbeschaffungs- und Reparaturkosten werden nicht erstattet. Die Entschädigung ist Teil der weiteren versicherten Kosten gemäß Ziffer 4 und ist auf maximal 1.000 Euro insgesamt beschränkt.</p> <p>3.2 Hilfsleistungen nach einem Unfall</p> <p>3.2.1 Täglicher Menüservice Die versicherte Person wird täglich mit einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters versorgt.</p> <p>3.2.2 Einkaufsdienst 1 x pro Woche werden für die versicherte Person Waren des täglichen Bedarfs eingekauft und notwendige Besorgungen getätigt. Anfallende Gebühren und die Kosten für die eingekauften Waren werden nicht übernommen.</p> <p>3.2.3 Versorgung der Wäsche 1 x pro Woche wird die notwendige Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt (trocknen, bügeln, etc.). Etwaige Kosten hierfür werden übernommen.</p> <p>3.2.4 Reinigung der Wohnung 1 x pro Woche wird der Wohnraum (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) der versicherten Person im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.</p> <p>3.2.5 Installation einer Hausnotrufanlage Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und in der Wohnung installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.</p> <p>3.2.6 Begleitung zu Arzt- und Behördengängen Die versicherte Person wird zum Arzt und/oder zu Behörden begleitet, wenn das persönliche Erscheinen notwendig oder durch die Behörde angeordnet ist. Die Begleitung beinhaltet, sofern dieser medizinisch indiziert ist, den Transport der versicherten Person durch einen durch uns beauftragten Dienstleister. Die Begleitperson unterstützt die versicherte Person beim z.B. Ein- und Aussteigen, Treppensteigen, Türen öffnen, etc.</p> <p>Eine fachliche und inhaltliche Unterstützung erfolgt nicht durch die Begleitperson.</p> <p>3.2.7 Fahrdienst zur Krankengymnastik und zu Therapien Für die versicherte Person wird bis zu 7 x pro Woche ein Fahrdienst zur notwendigen Krankengymnastik und/oder zu Therapien organisiert bzw. vermittelt. Die Kosten für die Fahrdienste werden von uns übernommen.</p> <p>3.2.8 Sonstige notwendige Hilfsleistungen Wir erbringen weitere von ihr organisierte Hilfsleistungen, sofern diese notwendig, sinnvoll und vertretbar sind und nachweislich dem Genesungsprozess der versicherten Person dienen. Kosten für Heilbehandlungen werden nicht erstattet. Die Leistungen sind insgesamt auf maximal 1.000 Euro begrenzt.</p>
--	---

3.3	Interlloyd Pflegeleistungen nach einem Unfall	<ul style="list-style-type: none"> – Unternehmen für behindertengerechtes Bauen/Umbauen von Wohnungen, Häusern oder Kraftfahrzeugen, – Dienstleistern für Hausnotrufanlagen, Gartenhilfe, Kinderbetreuung, Reparatur- und Hausmeisterdiensten, – Anbietern von Wellness- und Gesundheitsreisen.
3.3.1	Persönliche Grundpflege Die versicherte Person erhält maximal täglich und bis zu 3 Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und Notdurft.	3.5.1.2
3.3.2	Pflegeberatung Die versicherte Person wird zur gesetzlichen Pflegeversicherung informiert und bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln beraten.	Organisationsdienstleistungen Der Reha-Manager <ul style="list-style-type: none"> – sendet den Angehörigen der versicherten Person Formulare zur Patientenverfügung bzw. zur Vorsorgevollmacht zu, – organisiert Unterstützung bei der Besorgung verschriebener Medikamente sowie bei Behördengängen, – führt eine Bedürftigkeitsprüfung zur Inanspruchnahme möglicher mitversicherter ARAG Hilfs- und Pflegeleistungen durch.
3.3.3	Pflegeschulung für Angehörige Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult. Es handelt sich dabei um eine einmalige Schulungsmaßnahme.	3.5.1.3
3.4	Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades	Medizinische Rehabilitation Der Reha-Manager unterstützt bei der Feststellung des individuellen Bedarfs und Organisation medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Organisation von stationären Aufenthalten, Krankentransporten, Pflegekräften, Einholung von ärztlichen Zweitmeinungen).
3.4.1	Voraussetzungen der Leistung Wir erbringen die Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3.3 auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte 1. Grades der versicherten Person, sofern und soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist. Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> – Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person. – Für sie wurde eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt. 	3.5.1.4
3.4.2	Dauer der Leistung Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 3.3 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Pflegeleistungen bis zu einem Monat. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt die maximale Leistungsdauer gemäß Ziffer 2.4. Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach der Anerkennung. Ferner enden unsere Leistungen mit dem Tod der versicherten Person.	3.5.1.5
3.5	Reha-Manager	Soziale Rehabilitation Der Reha-Manager informiert und schafft Kontakte zu beispielsweise <ul style="list-style-type: none"> – Verbänden, Behörden, Institutionen, sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen; – Therapieberatern und -zentren; – Psychologen sowie zu psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten. Darüber hinaus unterstützt der Reha-Manager durch die Organisation von Informationen und Kontakten bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen.
3.5.1	Art der Leistung Der von uns beauftragte Reha-Manager berät die versicherte Person nach einem Unfall, auf Basis der individuellen Bedürfnisse, bei ihrer Rehabilitation und bei notwendigen Veränderungen im beruflichen, medizinischen und sozialen Bereich. Während des gesamten Genesungsprozesses werden sämtliche Maßnahmen sowie der Versorgungsverlauf vom Reha-Manager kontinuierlich überwacht und sämtliche Beteiligte turnusmäßig informiert. Dies geschieht durch Informationen und den Nachweis bzw. die Vermittlung von fachkundigen Dienstleistern sowie durch Koordination der Versorgungsmaßnahmen. Eine Haftung für die Leistung wird von uns nicht übernommen.	3.5.1.6
3.5.1.1	Informationsdienstleistungen Der Reha-Manager informiert zu Adressen und Erreichbarkeiten von beispielsweise <ul style="list-style-type: none"> – qualifizierten Rehabilitationsberatern, – Behinderten- und Krankentransporten, Fahrdiensten, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, Sozialen Einrichtungen, Fachärzten in Wohnungsnahe, 	Weitere Leistungen bei Kindern Der Reha-Manager unterstützt durch Informationen, Kontakte und Vermittlung von <ul style="list-style-type: none"> – spezialisierten Kindergärten/Schulen; – Nachhilfebetreuungen/Tagesmüttern, Kinderkrankenschwestern; – Elternbegleitungen und – Freizeitgestaltungsmöglichkeiten bei versicherten Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
		3.5.2
		Dauer der Leistung/Leistungsort Die Leistung wird bis zu drei Jahre, vom Unfallereignis an gerechnet, erbracht. Sie enden jedoch vorzeitig, wenn Fortschritte in der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind. Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
		3.5.3
		Entschädigungsgrenze Die Leistungen des Reha-Managers sind insgesamt auf 30.000 Euro je Versicherungsfall begrenzt. Etwaige Aufwendungen für Reha-Maßnahmen selbst werden nicht erstattet.

4 Weitere versicherte Kosten nach einem Unfall

4.1 Entschädigungsgrenze für die weiteren versicherten Kosten
Die nachfolgenden Leistungen sind insgesamt auf 30.000 Euro je Unfallereignis begrenzt, sofern sich aus den folgenden Bestimmungen keine anderen Begrenzungen ergeben. Die maximale Entschädigungsgrenze beinhaltet auch die Leistung gemäß Ziffer 3.1 (Interlloyd Soforthilfe weltweit).

4.2 Kinderbetreuung
Wir organisieren bzw. vermitteln eine 24-Stunden-Betreuung für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, für z.B.

- Wegbegleitung,
- Hausaufgabenbetreuung,
- Zubereitung der Mahlzeiten,
- Betreuung in der Freizeit,
- zu Bett bringen.

Die Betreuung erfolgt nach Möglichkeit in der Wohnung der versicherten Person, und zwar solange, bis sie anderweitig, z.B. durch einen Verwandten oder eine im Haushalt lebenden Person übernommen werden kann.

Voraussetzung ist, dass

- sich die versicherte Person unfallbedingt und vollstationär im Krankenhaus befindet, und
- eine Beaufsichtigung oder Versorgung der Kinder nicht sichergestellt werden kann.

Die Kosten für die Kinderbetreuung tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

4.3 Fahrdienste für Kinder
Wir organisieren bzw. vermitteln notwendige Fahrdienste für Kinder der versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, z.B. zur Schule oder zu Arztterminen. Die Kosten für den Fahrdienst tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

4.4 Nachhilfestunden
Wir erstatten Kosten für Nachhilfestunden von versicherten Personen, die

- zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- sich für mindestens 14 Tage in vollstationärer Heilbehandlung befunden haben und
- unfallbedingt nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnten.

Die Kosten werden bis maximal 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage erstattet.

4.5 Kosten für Krankenbesuche versicherter Kinder
Muss sich ein versichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, auf einer Reise, infolge einer Unfallverletzung, länger als zwei Wochen in einem Krankenhaus aufhalten, organisieren wir den Krankenbesuch einer nahe stehenden Person und erstattet die Fahrt- und Übernachtungskosten. Die Fahrtkosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class erstattet. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.

4.6 Rooming-In Kosten (Übernachungskosten im Krankenhaus)
Wir erstatten die Übernachtungskosten im Krankenhaus bzw. Rooming-In-Kosten für eine dem versicherten Kind nahe stehende Person, sofern das versicherte Kind

- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und

– sich unfallbedingt in vollstationärer Heilbehandlung befindet.

Die Übernachtungskosten tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt.

4.7 Haustierunterbringung/Haustierbetreuung
Für die Haustiere der versicherten Person wird eine Unterbringung oder eine Betreuung vermittelt bzw. organisiert. Haustiere sind die im Haushalt der versicherten Person lebenden Hunde (außer Hunde die nach den Verordnungen oder Gesetzen des jeweiligen Bundeslandes, in dem diese gehalten werden, als gefährlich oder als Kampfhunde eingestuft sind), Katzen, Vögel, Nagetiere, Fische und Schildkröten. Die Organisation der Unterbringung ist nur möglich, wenn das Haustier einen gültigen Impfpass besitzt (gilt bei Hunden, Katzen, Frettchen und Kaninchen), keine ansteckenden Krankheiten und/oder Parasitenbefall aufweist. Je nach regionaler Verfügbarkeit wird das Haustier in einer Tierpension in Wohnortnähe untergebracht. Die Kosten für eine Hundebetreuung oder das Ausführen des Hundes sind ebenfalls mitversichert. Die Kosten für die Haustierunterbringung bzw. Haustierbetreuung tragen wir maximal bis zu 100 Euro pro Tag, begrenzt auf 14 Tage insgesamt. Etwaige Zusatzkosten für besondere Unterbringungswünsche, Betreuungspersonen, Tierärzte, besonderes Futter oder andere Sonderleistungen sind von der versicherten Person zu tragen.

4.8 Winter-/Streudienst
Wir übernehmen, sofern dies zur Erfüllung der Verkehrssicherungspflicht der versicherten Person notwendig ist, die Kosten für den Winter- und Streudienst am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person. Die Kosten werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Zusätzlich anfallende Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen.

Zur Klarstellung:

Hier werden ausschließlich nur die Kosten übernommen. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt uns nicht. Jegliche Ansprüche, die sich aus der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht ergeben, sind somit ausgeschlossen.

4.9 Gartenpflege
Wir organisieren bzw. vermitteln Dienstleister, die den Garten am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person pflegen, sofern dies notwendig ist. Die Kosten für die Gartenpflege werden bis zu 100 Euro pro Woche übernommen. Weitere Kosten sind von der versicherten Person zu bezahlen.

4.10 Kleine hausmeisterliche Tätigkeiten
Wir übernehmen, sofern dies notwendig ist, die Kosten für kleine hausmeisterliche Tätigkeiten im Wohnraum des amtlichen Wohnsitzes der versicherten Person. Die Kosten werden bis zu einem Gesamtbetrag von 500 Euro übernommen. Zur Klarstellung:
Hier werden ausschließlich nur die Kosten übernommen. Die Planung, Vermittlung und Organisation obliegt nicht uns.

4.11 Briefkastenleerung
Wir organisieren bzw. vermitteln und entschädigt Dienstleister, die den Briefkasten am amtlichen Wohnsitz der versicherten Person bis zu 1x pro Woche leeren, sofern dies notwendig ist.

4.12 Reisepreiserstattung für die versicherte Person und Mitreisende
Sofern eine Reise durch einen Unfall mit notwendigem Krankenrücktransport der versicherten Person abgebrochen werden muss, erstatten wir den anteiligen Reisepreis für die versicherte Person und die mitreisenden Personen, wenn und sofern ein Nachteil für die versicherte Person und/oder die Mitreisenden entstanden ist. Die Entschädigung ist auf

	maximal 50 % der Gesamtreisekosten, höchstens jedoch bis zu 1.000 Euro insgesamt (für alle Personen) begrenzt.	4.20	Arzneimittelversand Ist die versicherte Person zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vor Ort nicht besorgt werden können, angewiesen, sorgen wir, nach Abstimmung mit dem Hausarzt der versicherten Person, für die Zusendung der Arzneimittel und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.
4.13	Transportkosten Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für den Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zu einer Dekompressionskammer, soweit dies medizinisch notwendig oder ärztlich angeordnet worden ist.		
4.14	Krankenrücktransport/Verlegung der verletzten Person zum Krankenhaus am Wohnsitz Wir organisieren und erstatten die nachgewiesenen Kosten für die Verlegung (auch Flugrückholung) der verletzten Person in ein Krankenhaus oder eine Spezialklinik in der Nähe ihres ständigen Wohnsitzes, sofern dies medizinisch notwendig ist und ärztlich angeordnet wurde. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, aufgrund des Verletzungsbildes aber mit einer vollstationären Heilbehandlung im Ausland von mehr als 14 Tagen zu rechnen ist.	4.21	Brillenversand Ist die versicherte Person zur Aufrechterhaltung der Gesundheit/Sehkraft auf eine medizinisch notwendige Brille angewiesen, sorgen wir für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.
		4.22	Ersatz der Kosten für Schadenmeldungen aus dem Ausland Für Anrufe aus dem Ausland zur Schadenmeldung erstatten wir Ihnen je Schadereignis pauschal 25 Euro.
4.15	Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach einer vollstationären Heilbehandlung zum Wohnsitz Wir erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Rückkehr der verletzten Person nach der vollstationären Heilbehandlung zu deren ständigem Wohnsitz. Die Rückfahrtkosten erstatten wir bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten erstatten wir bis zu 100 Euro. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung gezahlt.	5	Weitere Serviceleistungen nach einem Unfall
		5.1	Psychologische telefonische Hilfe nach einem Unfall Abweichend von Ziffer 7.2.6 vermitteln wir auf Anfrage eine angemessene psychologische telefonische Hilfe. Die psychologische Hilfe soll die versicherte Person und/oder die ihr nahe stehenden Personen bei der Verarbeitung des Unfalls unterstützen und über Möglichkeiten zur Verbesserung der psychischen Situation beraten. Die Leistung ist auf bis zu vier Personen pro Unfallereignis begrenzt. Die Kosten für die telefonische psychologische Hilfe tragen wir.
4.16	Mehraufwendungen für die Rückkehrreise mitreisender Personen Wir organisieren die Rückkehr der mitreisenden Kinder und des Ehegatten/Lebenspartners der versicherten Person zu deren ständigem Wohnsitz und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die Reise. Die Rückfahrtkosten werden bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen bzw. bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges in der Economy Class erstattet. Nachgewiesene Kosten für Taxifahrten werden bis zu 100 Euro erstattet. Notwendige Übernachtungskosten werden höchstens für drei Nächte bis zu je 75 Euro pro Übernachtung und Person gezahlt.	5.2	Information über die Möglichkeiten einer ärztlichen Versorgung Wir informieren die versicherte Person auf Anfrage über die Möglichkeiten einer ärztlichen Unfallversorgung im In- und Ausland.
		5.3	Information über/Vermittlung eines niedergelassenen Arztes Soweit möglich, benennen wir einen deutsch, englisch oder muttersprachlich sprechenden Arzt (In- und Ausland). Die Beauftragung des Arztes erfolgt nicht durch uns.
4.17	Mehraufwendungen für außerplanmäßigen Rücktransport von Gepäck und Haustieren Wir organisieren den außerplanmäßigen Transport von Gepäckstücken und Haustieren zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person und erstatten die nachgewiesenen Mehraufwendungen für den Transport.	5.4	Kontaktherstellung zwischen Hausarzt und dem behandelnden Arzt Wir stellen, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her (In- und Ausland).
4.18	Bergungskosten Erstattet werden die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.	5.5	Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, sonstigen Personen (In- und Ausland) Wir benachrichtigen bei einem Unfallereignis auf Wunsch die Angehörigen, den Arbeitgeber oder sonstige Personen im In- und Ausland der versicherten Person.
4.19	Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall im Ausland Wir erstatten die nachgewiesenen Überführungskosten bei einem unfallbedingten Todesfall bis zum letzten ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder, nach Abstimmung mit den Angehörigen, die angemessenen Bestattungskosten im Ausland.	5.6	Beratung behindertengerechtes Wohnen, Umzug, Umbau des Fahrzeugs Wir erstatten nachgewiesene Beratungskosten für – den behindertengerechten Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der Wohnung, – einen notwendigen Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung bzw. in ein Senioren oder Pflegeheim und – die behindertengerechte Umrüstung des eigenen PKWs.

<p>6 Update-Garantie für Leistungsverbesserung</p> <p>Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der versicherten Person und ohne Beitragsänderung geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
<p>7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?</p>	<p>7.1.4 Führen eines Luftfahrzeuges Unfälle der versicherten Person</p> <ul style="list-style-type: none"> – als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; – bei einer mithilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; – bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
<p>7.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle</p> <p>7.1.1 Geistes- und Bewusstseinsstörungen Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle durch einen Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versichert sind die daraus resultierenden Unfallfolgen. Die durch den Schlaganfall, Herzinfarkt oder epileptischen Anfall hervorgerufenen Gesundheitsschäden sind nicht versichert. Auch besteht Versicherungsschutz für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit, beim Lenken von Kraftfahrzeugen allerdings nur, sofern der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt unter 1,3 Promille liegt. Versicherungsschutz besteht auch für Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente, sofern die Medikamente der ärztlich empfohlenen Dosierung entsprechend eingenommen wurden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle durch Drogeneinfluss. Der Zustand der Übermüdung, Schlaftrunkenheit und das Einschlafen infolge einer Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörungen.</p>	<p>7.1.5 Fahrveranstaltungen Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle mit Motorfahrzeugen bei Tourenfahrten, Sternfahrten und Rallyefahrten, bei denen es allein um die Einhaltung einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. Versicherungsschutz besteht auch bei Unfällen bei gelegentlichen Fahrveranstaltungen auf einer öffentlich zugänglichen Gokartbahn mit Leihkarts, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist.</p>
<p>7.1.2 Vorsätzliche Straftaten Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle von</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personen, die zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und – Personen, die wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung im Sinne des §832 BGB bedürfen; <p>durch</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lenken oder Fahren von Land- oder Wasserfahrzeugen ohne den Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis (§21 StVG) und – Herstellung und Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper. <p>Voraussetzung ist, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Fahren ohne gültige Fahrerlaubnis keine weiteren Straftaten begangen wurden und – bei der Herstellung und dem Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde. 	<p>7.1.6 Kernenergie Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind, sind nicht versichert.</p> <p>7.2 Ausgeschlossen sind ferner folgende Beeinträchtigungen</p> <p>7.2.1 Bandscheiben, Blutungen an inneren Organen und Gehirnblutungen Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß Ziffer 1.2 die überwiegende Ursache ist.</p>
<p>7.1.3 Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, – für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg, 	<p>7.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten sowie Berufs- bzw. Gewerkskrankheiten.</p> <p>7.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren; – die Gesundheitsschädigungen durch Pediküre oder Maniküre hervorgerufen wurden.
<p>7.1.4 Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, – für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg, 	<p>7.2.4 Gesundheitsschäden durch Infektionen</p> <p>7.2.4.1 Insektenstiche, geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn nachfolgende Infektionen beim erstmaligen Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche, -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzung übertragen wurden. Versichert sind: Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.</p>

Versicherungsschutz besteht auch

- bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind;
- bei allergischen Reaktionen als Folge von Insektenstichen.

7.2.4.2 Tollwut, Wundstarrkrampf und Infektionen als Folge von Unfallverletzungen

Versicherungsschutz besteht auch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

Versicherungsschutz besteht auch beim erstmaligen Ausbruch folgender Infektionskrankheiten:

Cholera, Enchinokokkose (Fuchsbandwurm), Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Lepra, Tuberkulose, Tularämie (Hasenpest) und Typhus/Paratyphus.

Versicherungsschutz besteht auch bei vorbeugenden Schutzimpfungen gegen die oben genannten Infektionskrankheiten, sofern diese gesetzlich vorgeschrieben oder ärztlich verordnet sind, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet. Der Versicherungsschutz für diese Infektionen beginnt erst nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

7.2.4.3 Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 7.2.3 entsprechend.

7.2.5 Vergiftungen durch Verschlucken fester oder flüssiger Stoffe
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Versicherungsschutz besteht auch für Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

7.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen
Krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung oder Reaktion zurückzuführen sind.

7.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche Gesundheitsschäden durch Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind. Bei zum 67. Lebensjahr der versicherten Person besteht auch Versicherungsschutz, wenn sie durch Eigenbewegung entstanden sind.

Der Versicherungsfall

8 Welche Obliegenheiten hat die versicherte Person nach dem Versicherungsfall zu beachten?

Ohne die Mitwirkung der versicherten Person können wir ihre Leistungen nicht erbringen.

8.1 Unverzügliches Hinzuziehen eines Arztes
Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss die versicherte Person unverzüglich einen

Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

8.2 Unverzügliche Abgabe einer wahrheitsgemäßen Unfallanzeige und von Informationen zu Gesundheitszustand
Die von uns übersandte Unfallanzeige muss die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden. Darüber hinaus hat die versicherte Person uns zu Beginn der Leistungserbringung umfassend über den aktuellen Gesundheitszustand zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

8.3 Beantragung einer Pflegebedürftigkeit
Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.

8.4 Anzeigepflicht
Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen.

8.5 Ärztliche Untersuchungspflicht (Erstattung des Verdienstauffalls)
Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

8.6 Zustimmung zur ärztlichen Auskunft
Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden, soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, sind auf unser Verlangen von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 8 vorsätzlich verletzt, verliert die versicherte Person den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir die versicherte Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat. Wird durch die versicherte Person nachgewiesen, dass sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

Die Vertragsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
- 10.1 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 11.2 zahlen.
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen. Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn dem Versicherungsnehmer oder uns nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsnehmer den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Den Vertrag kann der Versicherungsnehmer oder der Versicherer durch Kündigung beenden, wenn der Versicherer eine Leistung erbracht oder der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben hat. Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens einen Monat nach Leistung oder, im Falle eines Rechtsstreits, nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird die Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei dem Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres wirksam wird. Eine Kündigung durch den Versicherer wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- 10.4 Versicherungsjahr
Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 11.2.3 Rücktritt
Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Sie kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 11.3.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf seine Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und ihm eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn der Versicherer darin die rückständigen Beträge des Beitrages sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach Ziffer 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihr durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz
Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung gemäß Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurde.
- 11.3.4 Kündigung
Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn sie dem Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung gemäß Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen hat. Hat der Versicherer gekündigt und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Der Versicherungsbeitrag

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
- 11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer oder Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne das Verschulden des Versicherungsnehmers oder Kontoinhabers von dem Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zah-

lung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt. Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer oder Kontoinhaber die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat er aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn er von dem Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

- 11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
Sofern die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart ist, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug ist. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 11.7 Beitragsanpassung
Der Versicherer kann die Versicherungsprämie für bestehende Versicherungsverträge mit Wirkung von Beginn der nächsten Versicherungsperiode an erhöhen. Dabei darf der geänderte Beitragsatz den im Zeitpunkt der Änderung geltenden Tarifbeitrag nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung von uns über die Beitragserhöhung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung in Textform kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf sein Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

Weitere Bestimmungen

- 12 **Wie haftet der Versicherer für erbrachte Leistungen/Leistungserbringer?**
Soweit vereinbart, gibt er Versicherer dem Versicherungsnehmer Informationen, benennt ihm Leistungserbringer, vermittelt ihm die Erbringung von Leistungen und übernimmt hierfür die Kosten. Die Leistungserbringer sind nicht Erfüllungsgehilfen des Versicherers. Der Versicherer übernimmt für die Leistung der Leistungserbringer keine Haftung. Soweit dem Versicherer gegen die Leistungserbringer Gewährleistungs- oder Schadenersatzansprüche zustehen, wird sie diese an die versicherte Person abtreten.
- 13 **Weitere Versicherungen bei dem Versicherer**
Bestehen noch weitere Verträge bei uns für die versicherte Person, so werden die Leistungen nur aus einem dieser Verträge erbracht. Die Erbringung von Schutzbriefleistungen hat keinen Einfluss auf Ansprüche aus anderen Verträgen bei uns.

14 Verhältnis zu anderen Ersatzpflichtigen

Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, kann der Erstattungsanspruch uns gegenüber nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Leistet der andere Ersatzpflichtige nicht, kann die versicherte Person den vollen Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer geltend machen, soweit Deckung über den Unfall-Schutzbrief besteht.

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

- 15.1 Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag
Ist die Versicherung zugunsten einer anderen Person abgeschlossen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 15.2 Anwendung der Bestimmungen auf den Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf seine Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 15.3 Zustimmungspflicht bei Verpfändungen oder Übertragungen der Versicherungsansprüche
Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

16 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 16.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer sie in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als der Versicherer nach seiner Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme durch den Versicherer Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellt. 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 dem Versicherungsnehmer, für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich. Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss der Versicherungsnehmer sich so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 16.2 Rücktritt
- 16.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts
Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Der Versicherer muss ihr Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend ma-

- chen. Dabei hat sie die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung ihrer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihr Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.
- 16.2.2 **Ausschluss des Rücktrittsrechts**
Der Versicherer kann sich nicht auf ihr Rücktrittsrecht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- 16.2.3 **Folgen des Rücktritts**
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf sie den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat. Dem Versicherer steht der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 16.3 **Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung**
- 16.3.1 **Kündigung**
Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann sie den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung ihrer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem sie von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat. Der Versicherer kann sich auf ihr Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- 16.3.2 **Rückwirkende Vertragsanpassung**
Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Der Versicherer muss die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat sie die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf sie auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung ihrer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sie zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt. Der Versicherer kann sich auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.
- 16.4 **Anfechtung des Vertrages**
Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht ihr der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 17 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 17.1 **Verjährungsfrist**
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 17.2 **Unterbrechung der Verjährungsfrist**
Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu welchem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers in Textform zugeht.
- 18 Welches Gericht ist zuständig?**
- 18.1 **Klagen gegen den Versicherer**
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder dem Sitz für den Versicherungsvertrag zuständige Niederlassung des Versicherers. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk er zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- 18.2 **Klagen gegen den Versicherungsnehmer**
Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist eine juristische Person Versicherungsnehmer, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach deren Sitz oder deren Niederlassung. Das Gleiche gilt, wenn eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft Versicherungsnehmer ist.

19 Was ist bei Mitteilungen an den Versicherer zu beachten?

Was gilt, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine Anschriften- oder Namensänderung nicht mitteilt?

- 19.1 An den Versicherer gerichtete Anzeigen und Erklärungen
Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Die Verpflichtung zur Meldung von Versicherungsfällen (Ziffer 8.2) über das Notruf-Telefon gemäß Ziffer 2.2 bleibt hiervon unberührt

- 19.2 An den Versicherungsnehmer gerichtete Erklärungen
Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die ihm gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung des Namens des Versicherungsnehmers.

20 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigten wir, die Interlloyd Versicherungs-AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. die ARAG SE und die ARAG IT GmbH, weiterleiten zu dürfen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Interlloyd Versicherungs-AG (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Interlloyd Versicherungs-AG (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Interlloyd Versicherungs-AG

Ich willige ein, dass Interlloyd Versicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der Interlloyd Versicherungs-AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ARAG-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.interlloyd.de eingesehen oder bei Interlloyd Versicherungs AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefon (0211) 963 – 30 99, service@interlloyd.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Interlloyd Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Interlloyd Versicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Interlloyd und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko-

oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Interlloyd Versicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

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

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

Ich willige ein, dass die Interlloyd Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die Interlloyd Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert nutzt.

