

Grundlage für unseren Vertrag sind die „Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB)“ und die „Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007)“.

Inhaltsverzeichnis

1. Kundeninformationsblatt zur Unfallversicherung max2007
2. Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2008)
3. Besondere und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007)

Kundeninformationsblatt zur Unfallversicherung max2007

1. Identität des Versicherers

Name: Generali Versicherung AG
 Anschrift: Adenauerring 7, 81737 München
 Rechtsform: Aktiengesellschaft
 Sitz: Adenauerring 7, 81737 München
 Handelsregister: Registergericht München – HRB 7731

2. Identität eines Vertreters des Versicherers

Entfällt, da die Generali Versicherung AG kein Auslandsgeschäft betreibt.

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Generali Versicherung AG
 Adenauerring 7
 81737 München
 vertreten durch den Vorstand: Dr. Wilhelm Kittel (Vorsitzender),
 Jörn Stapelfeld (stv. Vorsitzender), Frank Karsten, Karl Pfister,
 Dr. Norbert Rollinger, Volker Seidel
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dietmar Meister

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers sowie Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Die Generali Versicherung AG betreibt alle Arten der Schaden- und Unfallversicherung.

Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für
 Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108,
 53117 Bonn

5. Angaben über die Zugehörigkeit zu einem Garantiefonds

Entfällt, da für Schaden- und Unfallversicherer (siehe Ziff. 4) generell keine Garantiefonds eingerichtet sind.

6. Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern.

Den Gesamtpreis der angebotenen Versicherung finden Sie in Ihrem Produktinformationsblatt sowie in Ihrem persönlichen Vorschlag.

7. Ggf. zusätzlich anfallende Kosten

Auf der Grundlage der derzeit geltenden Kostenregelung erheben wir für rückständige Folgebeiträge je Versicherungsvertrag und Beitragsfälligkeit (bei monatlicher Zahlweise je Mahnverfahren) eine Aufwands- und Schadenpauschale (Mahnkosten) von 5,00 EUR.

Werden 2 oder mehr Versicherungsverträge mit der gleichen Fälligkeit beurkundet, findet die nachstehende Staffel Anwendung:

Anzahl der Verträge	Kosten je Vertrag	Gesamt
1	5,00 EUR	5,00 EUR
2	2,50 EUR	5,00 EUR
3	1,67 EUR	5,00 EUR
4	1,25 EUR	5,00 EUR
5	1,00 EUR	5,00 EUR

Bei mehr als 5 Verträgen erheben wir je Vertrag keine zusätzliche Aufwands- und Schadenpauschale. Die Mahnkosten betragen immer insgesamt 5,00 Euro je Fälligkeit.

Sofern es beim Lastschrifteinzug der Versicherungsbeiträge zu Lastschriftrückläufern kommt, erheben wir zusätzlich zu den uns in Rechnung gestellten Bankauslagen eine Aufwands- und Schadenpauschale von 3,00 EUR je Retour.

Weitere Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus sonstigen Gründen werden von uns nicht erhoben.

8. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Informationen sind bis 3 Monate nach Aushändigung dieser Unterlagen gültig. Der im Antrag genannte Beitrag kann sich jedoch ändern. Hier gilt der bei Vertragsabschluss jeweils gültige Tarif.

9. Ggf. Hinweis auf spezielle Risiken der Finanzdienstleistung

Entfällt, da diese Risiken nicht die Schaden- und Unfallversicherung (siehe Ziff. 4) betreffen.

10. Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt zustande durch den Antrag des Antragstellers auf Versicherungsschutz und die Annahme des Antrages durch den Versicherer.

Das Zustandekommen des Vertrages wird vom Versicherer durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder einer Annahmeerklärung bestätigt.

11. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Eine ausführliche Belehrung zu Ihrem Widerrufsrecht erfolgt im Antrag und im Versicherungsschein.

12. Beendigung des Vertrages, Kündigungsbedingungen

Jede Partei kann zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jeden Verlängerungsjahres den Vertrag kündigen. Verträge von mindestens einjähriger Dauer verlängern sich nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn nicht vorher durch einen Vertragspartner gekündigt wird. Bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des 3. Jahres und jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Die Kündigung ist wirksam, wenn sie 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem anderen Vertragspartner zugegangen ist.

Der Vertrag kann vorzeitig beendet/gekündigt werden, insbesondere

- im Versicherungsfall (von beiden Vertragspartnern)
- bei Obliegenheitsverletzung (vom Versicherer)
- bei Risikofortfall



- bei nicht rechtzeitiger Zahlung der Erst- oder Folgeprämie
- im Fall der Beitragsangleichung (unter bestimmten Voraussetzungen von Ihnen als Versicherungsnehmer)

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 11 und 12 der AUB 2008.

13. Welches Recht legt der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde?

Auf die vorvertraglichen Beziehungen findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

14. Auf den Vertrag anwendbares Recht

Auf die vorvertraglichen Beziehungen findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

15. Sprachen

Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz findet ausschließlich in deutscher Sprache statt.

16. Zugang des Versicherungsnehmers zur außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Sie können sich bei Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde (siehe Ziffer 4.) wenden. Außerdem ist unser Unternehmen Mitglied im Versicherungs-Ombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, Tel: 01804/22 44 24 (0,24 Euro je Anruf), Fax: 01804/22 44 25

Email: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Bei dieser Einrichtung können Sie innerhalb von 8 Wochen nach Erhalt unserer Nachricht ein kostenloses, außergerichtliches Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

17. Aufsichtsbehörde

Wir werden uns stets gut und zuvorkommend um Ihre Versicherungsangelegenheiten kümmern. Kommt es doch einmal zu Meinungsverschiedenheiten, so können Sie Ihre Beschwerde an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherung – Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, richten.

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2008)

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

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsumfang

1	Was ist versichert?	2
2	Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	2
2.1	Invaliditätsleistung	2
2.2	Übergangsleistung	3
2.3	Tagegeld	3
2.4	Krankenhaus-Tagegeld	3
2.5	Genesungsgeld.....	4
2.6	Todesfall-Leistung	4
3	Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	4
4	Welche Personen sind nicht versicherbar?	4
5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	5
6	Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif beachten?.....	6
7	Wann sind die Leistungen fällig?.....	6

Besondere Anzeigepflichten und Obliegenheiten

8	Welche Informationen benötigen wir vor Vertragsschluss? Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?.....	6
9	Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?.....	7
10	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheiten nach einem Unfall?.....	7

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

12	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	9
	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	9

Weitere Bestimmungen

13	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	10
14	Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	10
15	Welches Gericht ist zuständig?	11
16	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?	11
	Was gilt, wenn Sie uns Ihre Anschriften- oder Namensänderung nicht mitteilen?	11
17	Welches Recht findet Anwendung?	12

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
- 1.4.1 durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird,
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden
- 1.4.2 die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen durch einen Unfall Gesundheitsschäden erleidet;
- 1.4.3 die versicherte Person zu Vergiftungen oder Erstickungen führenden Dünsten, Staubwolken oder ausströmenden Gasen und Dämpfen für eine vorübergehende Zeit (bis zu mehreren Stunden lang) unvorhergesehen ausgesetzt ist, ohne sich ihnen entziehen zu können. Ein Unfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen mehrfach über eine längere Zeit oder dauerhaft ausgesetzt war und dadurch eine Gesundheitsbeeinträchtigung (z. B. eine Berufs- oder Gewerkrankheit) eingetreten ist.
- 1.4.4 die versicherte Person tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen oder einen Ertrinkungstod unter Wasser erleidet, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) 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 oder seinen Nachträgen.
- 2.1 **Invaliditätsleistung**
- Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
- 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 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität ist
- innerhalb eines Jahres 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 eines Jahres 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 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 2.1.2.2.1 Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas Anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade (Gliedertaxe):
- | | |
|--|------|
| 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 %	2.2.2	Art und Höhe der Leistung:
andere Zehe	2 %		
Auge	50 %		
Gehör auf einem Ohr	30 %		
Geruchssinn	10 %	2.3	Tagegeld
Geschmackssinn	5 %		
Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.		2.3.1	Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt: Voraussetzungen für die Leistung:
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.		2.3.2	Die versicherte Person ist unfallbedingt in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und deswegen in ärztlicher Behandlung. Höhe und Dauer der Leistung:
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.			Das Tagesgeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.
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.		2.4	Das Tagesgeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt. Krankenhaus-Tagegeld
2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person		2.4.1	Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt: Voraussetzungen für die Leistung:
– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder			Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder Anschlussheilbehandlung.
– gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,			Maßnahmen zur Rehabilitation, bei denen die Behandlung mit Kur- und Heilmitteln im Vordergrund steht, oder zur medizinischen Vorsorge sowie Aufenthalte in Kuranstalten, Sanatorien oder Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.		2.4.2	Höhe und Dauer der Leistung:
2.2 Übergangsleistung			Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:			
2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:		2.5	Genesungsgeld
Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt		2.5.1	Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt: Voraussetzungen für die Leistung:
– nach Ablauf von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet und			Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.4.
– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.			
Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der 6 Monate ununterbrochen bestanden.			

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 Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.6 **Todesfall-Leistung**
Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.
Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 9.5. weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:
Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

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 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 versicherbar sind Personen, die auf Dauer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen.

Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in die Pflegestufe II (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 14.06.1996) eingestuft werden können. Der genannte Personenkreis ist auch dann nicht versichert, wenn Beitrag gezahlt wurde.

4.2 Sobald eine versicherte Person im Sinne von 4.1 nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Wir zahlen Ihnen den für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zurück.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

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.

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 bei Reisebeginn 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.

Bei Terroranschlägen, die außerhalb der Territorien von kriegführenden Parteien ausgeführt werden, berufen wir uns nicht auf diesen Ausschluss.

- 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.
- 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. (Eindringen von Mikroorganismen in den menschlichen Körper), zum Beispiel Malaria, Hirnhautentzündung (FSME) und Borreliose:
- 5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
- verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- 5.2.4.2 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
 - allergische Körperreaktionen, die durch Insektenstiche oder –bisse, sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den menschlichen Körper eingetragene Giftstoffe (Toxine) verursacht werden.
- 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.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 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 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.
- 6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens 2 Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.
- 6.1.3 Leistungen, die im Rahmen dieser Bedingungen und der vereinbarten Besonderen Bedingungen speziell für Kinder vorgesehen sind, nehmen nicht an der Umstellung des Kinder-Tarif teil. Diese Leistungen entfallen, da sie nicht im gültigen Tarif für Erwachsene

angeboten werden. Ist mit diesen Leistungen eine Beitragspflicht verbunden, entfällt dieser

Beitragsanteil.

7 Wann sind die Leistungen fällig?

- | | |
|--|---|
| <p>7.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von 3 Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:</p> <ul style="list-style-type: none">– 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. <p>Die Gebühren für die von Ihnen bedingungsgemäß vorzulegenden kurzen ärztlichen Bescheinigungen oder Zeugnisse sowie ärztliche Krankheits- und Befundberichte übernehmen wir im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Die Höchstleistung beträgt 500 EUR je Unfall</p> <p>Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.</p> <p>7.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.</p> | <p>7.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.</p> <p>Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.</p> <p>7.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre. Dieses Recht muss</p> <ul style="list-style-type: none">– von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 7.1,– von Ihnen vor Ablauf der Frist <p>ausgeübt werden.</p> <p>Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5% jährlich zu verzinsen</p> |
|--|---|

Besondere Anzeigepflichten und Obliegenheiten

8 Welche Informationen benötigen wir vor Vertragsschluss? Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- | | |
|---|--|
| <p>8.1 Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeigepflicht von Gefahrumständen</p> <p>Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände in Textform anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben und die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.</p> <p>Dies gilt auch für gefahrerhebliche Umstände, nach denen wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme in Textform gefragt haben.</p> <p>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.</p> <p>Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser die gefahrerheblichen Umstände, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst</p> | <p>davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.</p> <p>8.2 Rücktritt</p> <p>8.2.1 Voraussetzungen für den Rücktritt</p> <p>Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.</p> <p>8.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts</p> <p>Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.</p> <p>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.</p> |
|---|--|

8.2.3	<p>Folgen des Rücktritts</p> <p>Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.</p> <p>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.</p> <p>Uns steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.</p>	<p>Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung bei Ihnen fristlos in Schriftform kündigen.</p>
8.3	<p>Kündigung</p> <p>Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.</p> <p>Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.</p>	<p>8.5 Ausübung der Rechte durch uns</p> <p>Wir müssen die uns nach Ziffer 8.2 bis 8.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform 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. Wir haben die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen; wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.</p> <p>Uns stehen die Rechte nach den Ziffern 8.2 bis 8.4 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.</p> <p>Wir können uns auf die in den Ziffern 8.2 bis 8.4 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.</p>
8.4	<p>Vertragsanpassung</p> <p>Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab Beginn des laufenden Versicherungsjahres Vertragsbestandteil.</p> <p>Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die</p>	<p>8.6 Erlöschen unserer Rechte</p> <p>Unsere Rechte nach Ziffer 8.2 bis 8.4 erlöschen mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf 10 Jahre, wenn Sie oder Ihr Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.</p> <p>8.7 Anfechtung</p> <p>Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.</p>

9 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?

9.1.	<p>Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.</p> <p>Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen und seine Anordnungen befolgen.</p> <p>Der Unfall ist uns unverzüglich anzuzeigen. Bitte</p> <ul style="list-style-type: none"> – füllen Sie die von uns übersandten Formulare aus und – beantworten Sie oder die versicherte Person unsere zusätzlichen Fragen <p>in Schriftform, vollständig und wahrheitsgemäß und senden uns diese Unterlagen/Angaben unverzüglich</p>	<p>zu. Zur Klärung des Leistungsumfangs können wir notwendige weitere Nachweise verlangen.</p> <p>9.3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.</p> <p>9.4. Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind –soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich – auf unser Verlangen von ihrer Schweigepflicht uns</p>
------	--	--

gegenüber zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

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

- 9.5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheiten nach einem Unfall?

Verletzen Sie eine der in Ziffer 9 oder in den gesondert vereinbarten Besonderen Bedingungen genannten Obliegenheiten vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet,

soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht Einfluss hatte.

Verletzen Sie eine nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Die Versicherungsdauer

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

11.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit von Ziffer 12.2. zahlen.

11.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Versicherungsvertrag ist für die im Versicherungsschein vereinbarte Dauer abgeschlossen.

- 11.2.1 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Versicherungsvertrag nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer jeweils um ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.

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

- 11.2.3 Bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren kann der Versicherungsvertrag von Ihnen schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Schriftform zugegangen sein.

11.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Versicherungsvertrag 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 des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.

Unsere Kündigung wird 1 Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

11.4 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

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

- | | | | |
|---------------|--|---------------|---|
| 12.1 | Beitrag und Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben. Aus einer Erhöhung der Versicherungssteuer ergibt sich für Sie kein Kündigungsrecht

Soweit nicht die Zahlung eines einmaligen Beitrags vereinbart ist, handelt es sich bei dem Versicherungsbeitrag grundsätzlich um einen Jahresbeitrag. Abweichend davon können Sie den Beitrag aber auch halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich entrichten, wenn dies so vereinbart wurde. | 12.3 | Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des Folgebeitrags |
| 12.2 | Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des Ersten oder einmaligen Beitrags | 12.3.1 | Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt. |
| 12.2.1 | Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor Beginn des Versicherungsschutzes.

Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags. | 12.3.2 | Verzug

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

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen. |
| 12.2.2 | Verzug

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, geraten Sie 30 Tage nach Ablauf der in Ziffer 12.2.1 genannten Frist und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen. | 12.3.3 | Qualifizierte Mahnung

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie auf Ihre Kosten in Textform mahnen und mit einer Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen ab Zugang dieser Mahnung zur Zahlung auffordern. Die Rechtsfolgen, die nach den Ziffer 12.3.4 und 12.3.5 mit dem Fristablauf verbunden sind, treten jedoch nur ein, wenn in der Mahnung die rückständigen Beiträge des Vertrags, die Zinsen und die Kosten im Einzelnen beziffert sind und auf die Rechtsfolgen bei nicht rechtzeitiger Zahlung hingewiesen wurde. |
| 12.2.3 | 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 wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. | 12.3.4 | Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch immer mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der qualifizierten Mahnung nach Ziffer 12.3.3 darauf hingewiesen wurden. |
| 12.2.4 | 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 uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. | 12.3.5 | Kündigung

Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch immer mit der Zahlung in Verzug, können wir den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn wir Sie mit der qualifizierten Mahnung nach Ziffer 12.3.3 darauf hingewiesen haben.

Die Kündigung können wir auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist nach Ziffer 12.3.3 aussprechen. In diesem Fall wird unsere Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn Sie in diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind und wir Sie in der qualifizierten Mahnung darauf hingewiesen haben. |

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie innerhalb eines Monats nach unserer Kündigung den angemahnten Beitrag, besteht der Versicherungsvertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist nach Ziffer 12.3.3 und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

12.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

12.4.1 Rechtzeitige Zahlung

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum 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.

12.4.2 Beendigung des Lastschriftverfahrens

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder Sie es aus anderen Gründen zu vertreten haben, dass der Beitrag 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.

12.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten 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.

12.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

12.7 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:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

13.1 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.

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

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

14.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

14.2 Wird ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum vom Beginn der Verjährung bis zum Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung beim Anspruchsteller bei der Fristberechnung nicht mit.

15 Welches Gericht ist zuständig?

- 15.1 Klagen gegen uns
- Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 15.2 Klagen gegen Sie
- Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres 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.
- 15.3 Unbekannter Wohnsitz oder Wohnsitz außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz
- Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit bei Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
- Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Was gilt, wenn Sie uns Ihre Anschriften- oder Namensänderung nicht mitteilen?

- 16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle 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. Entsprechendes gilt bei einer uns nicht
- angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.
- 16.3 Haben Sie die Versicherung unter der Anschrift Ihres Gewerbebetriebs abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach Ziffer 16.2 entsprechend Anwendung.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Besondere und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007)

Grundlage für unseren Unfall-Versicherungsvertrag sind die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2008) und, soweit zwischen uns vereinbart, die Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007).

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Mehrleistung bis 225 % der Grundversicherungssumme 1.2 Mehrleistung bis 300 % der Grundversicherungssumme 1.3 Mehrleistung bis 350 % der Grundversicherungssumme 1.4 Mehrleistung bis 400 % der Grundversicherungssumme 1.5 Mehrleistung bis 500 % der Grundversicherungssumme 1.6 Mehrleistung bis 600 % der Grundversicherungssumme 2 Bedingungen für die Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 % <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Bedingungen für die Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 % inkl. Dynamisierung 3 Bedingungen für weitere Leistungsarten <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung 3.2 Kosmetische Operationen und Zahnersatz 3.3 Kurkostenbeihilfe 3.4 Bedingungen für physiotherapeutische Maßnahmen 3.5 Bergungs- und Transportkosten 3.6 Bedingungen für Komageld 3.7 Medizinische Hilfsmittel 4 Bedingungen für Gruppen <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Versicherungen ohne Namensangaben 4.2 Versicherungen mit Namensangaben 4.3 Dauer und Ende des Vertrages 5 Wohnsitz in Österreich oder der Schweiz 6 Bedingungen für Erweiterungen der AUB 2008 <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Unfallereignis 6.2 Invaliditätsleistung 6.3 Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld 6.4 Todesfall-Leistung 6.5 Mitwirkung 6.6 Abweichungen von Ausschlüssen 6.7 Leistungsfall 7 Bedingungen für Infektionen und Impfungen 8 Bedingungen für behindertengerechte Erleichterungen | <ul style="list-style-type: none"> 9 Bedingungen für die Prämienbefreiung <ul style="list-style-type: none"> 9.1 Arbeitslosigkeit 9.2 Arbeitsunfähigkeit 9.3 Tod und Invalidität 10 Bedingungen für Frauen <ul style="list-style-type: none"> 10.1 Brust- und Gebärmutterverlust 10.2 Kosmetische Operationen und weitere Behandlungen 11 Bedingungen für Kinder <ul style="list-style-type: none"> 11.1 Rooming-in 11.2 Haushaltshilfe oder Tagesmutter 11.3 Nachhilfe 11.4 Neugeborene oder Adoption 12 Einschränkungen des Versicherungsschutzes <ul style="list-style-type: none"> 12.1 Leistungsreduzierung bei Berufs- und Sportunfällen 12.2 Welche Berufsunfälle fallen nicht unter den Versicherungsschutz 13 Bedingungen zum Schluss <ul style="list-style-type: none"> 13.1 Maklerklausel |
|---|--|

1 Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit Festlegung der gewünschten Mehrleistung zu vereinbaren und erfordert auch die Vereinbarung einer besonderen Prämie.

1.1 Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 225 % der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1 und 3 AUB 2008 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.1.1 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1% aus der Versicherungssumme.

1.1.2 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1% aus der Versicherungssumme.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
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

1.2 Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 300 % der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1 und 3 AUB 2008 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.2.1 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.

1.2.2 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1% aus der Versicherungssumme.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	41	73	56	124	71	184	86	244
27	31	42	76	57	128	72	188	87	248
28	34	43	79	58	132	73	192	88	252
29	37	44	82	59	136	74	196	89	256
30	40	45	85	60	140	75	200	90	260
31	43	46	88	61	144	76	204	91	264
32	46	47	91	62	148	77	208	92	268
33	49	48	94	63	152	78	212	93	272
34	52	49	97	64	156	79	216	94	276
35	55	50	100	65	160	80	220	95	280
36	58	51	104	66	164	81	224	96	284
37	61	52	108	67	168	82	228	97	288
38	64	53	112	68	172	83	232	98	292
39	67	54	116	69	176	84	236	99	296
40	70	55	120	70	180	85	240	100	300

1.3 Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 350 % der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1 und 3 AUB 2008 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.3.1 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.

1.3.2 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
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

1.4 Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 400% der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1 und 3 AUB 2008 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.4.2 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.

1.4.3 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 75% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.

1.4.1 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	41	73	56	130	71	205	86	302
27	31	42	76	57	135	72	210	87	309
28	34	43	79	58	140	73	215	88	316
29	37	44	82	59	145	74	220	89	323
30	40	45	85	60	150	75	225	90	330
31	43	46	88	61	155	76	232	91	337
32	46	47	91	62	160	77	239	92	344
33	49	48	94	63	165	78	246	93	351
34	52	49	97	64	170	79	253	94	358
35	55	50	100	65	175	80	260	95	365
36	58	51	105	66	180	81	267	96	372
37	61	52	110	67	185	82	274	97	379
38	64	53	115	68	190	83	281	98	386
39	67	54	120	69	195	84	288	99	393
40	70	55	125	70	200	85	295	100	400

1.5 Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 500% der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1 und 3 AUB 2008 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.5.1 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.

1.5.2 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 5% aus der Versicherungssumme.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	41	73	56	148	71	268	86	388
27	31	42	76	57	156	72	276	87	396
28	34	43	79	58	164	73	284	88	404
29	37	44	82	59	172	74	292	89	412
30	40	45	85	60	180	75	300	90	420
31	43	46	88	61	188	76	308	91	428
32	46	47	91	62	196	77	316	92	436
33	49	48	94	63	204	78	324	93	444
34	52	49	97	64	212	79	332	94	452
35	55	50	100	65	220	80	340	95	460
36	58	51	108	66	228	81	348	96	468
37	61	52	116	67	236	82	356	97	476
38	64	53	124	68	244	83	364	98	484
39	67	54	132	69	252	84	372	99	492
40	70	55	140	70	260	85	380	100	500

1.6 Progressive Invaliditätsstaffel mit Mehrleistung bis 600 % der Grundversicherungssumme

Nach den Ziffern 2.1 und 3 AUB 2008 leisten wir nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Darüber hinaus gilt die folgende Regelung für Mehrleistungen:

1.6.2 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 4% aus der Versicherungssumme.

1.6.3 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 75% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 6 % aus der Versicherungssumme.

1.6.1 Für jeden Prozentpunkt, der den Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	41	73	56	142	71	247	86	418
27	31	42	76	57	149	72	254	87	431
28	34	43	79	58	156	73	261	88	444
29	37	44	82	59	163	74	268	89	457
30	40	45	85	60	170	75	275	90	470
31	43	46	88	61	177	76	288	91	483
32	46	47	91	62	184	77	301	92	496
33	49	48	94	63	191	78	314	93	509
34	52	49	97	64	198	79	327	94	522
35	55	50	100	65	205	80	340	95	535
36	58	51	107	66	212	81	353	96	548
37	61	52	114	67	219	82	366	97	561
38	64	53	121	68	226	83	379	98	574
39	67	54	128	69	233	84	392	99	587
40	70	55	135	70	240	85	405	100	600

2 Bedingungen für die Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 %

Nach den Ziffern 2.1 und 3 AUB 2008 leisten wir ab einem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% die vereinbarte monatliche Rente unabhängig vom Lebensalter.

Die Rente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt. Sie wird am Ersten eines Monats im Voraus gezahlt.

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; nach Eingang der Lebensbescheinigung wird die Rentenzahlung ohne Verzinsung rückwirkend erbracht.

Ziffer 6.2.3 (Gliedertaxe) und 6.5 (Mitwirkung) der Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007) gelten hier entsprechend.

2.1 Bedingungen für die Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 % inkl. Dynamisierung

Nach den Ziffern 2.1 und 3 AUB 2008 leisten wir ab einem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% die vereinbarte monatliche Rente unabhängig vom Lebensalter.

Die Rente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt. Sie wird am Ersten eines Monats im Voraus gezahlt.

Die Rentenzahlung wird jährlich, jeweils zur Hauptfälligkeit des Vertrages, um 3 Prozent erhöht.

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; nach Eingang der Lebensbescheinigung wird die Rentenzahlung ohne Verzinsung rückwirkend erbracht.

Ziffer 6.2.3 (Gliedertaxe) und 6.5 (Mitwirkung) der Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007) gelten hier entsprechend.

3 Bedingungen für weitere Leistungsarten

In Ergänzung von Ziffer 2 AUB 2008 können weitere Leistungsarten gemäß Ziffern 3.2 bis 3.7 max2007 gegen eine zusätzliche Prämie vereinbart werden. Die Ergänzungsvereinbarungen und die dafür vereinbarten Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

3.1 Bedingungen für erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit einer Versicherungssumme zu vereinbaren und erfordert auch die Vereinbarung einer besonderen Prämie.

3.1.1 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

3.1.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

a) Die versicherte Person hat durch einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mind. eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand

- unfallbedingte Hirnblutungen

- Schwere Mehrfachverletzungen: Kombination aus mind. 2 der folgenden Verletzungen:

- Armbruch,

- Beinbruch,

- Fraktur Becken oder

- Fraktur Wirbelsäule

Hierzu zählen auch die Fraktur beider Arme oder beider Beine.

- Verbrennungen 2. und/oder 3. Grades von mehr als 20% der Körperoberfläche

- Erblindung auf beiden Augen.

b) Ein ärztliches Attest über die Feststellung der Verletzung mit Angabe der Diagnose hat uns vorgelegen.

c) Der Anspruch entsteht mit Entlassung aus der stationären Akutbehandlung, spätestens aber 3 Monate nach dem Unfalltag.

d) Der Anspruch erlischt, wenn

- er nicht innerhalb von 18 Monaten ab dem Unfalltag angemeldet wurde oder

- die versicherte Person verstirbt bevor der Anspruch geltend gemacht wurde.

3.1.1.2 Art und Höhe der Leistung

a) Die „vorgezogene Übergangsleistung“ bei schwerer Beeinträchtigung wird in Höhe eines Viertels der vereinbarten Versicherungssumme für Sofortleistung bei Schwerverletzungen und erweiterter Übergangsleistung gezahlt.

b) Die Sofortleistung wird einmal je Unfall erbracht.

3.1.2 Vorgezogene Übergangsleistung bei schwerer Beeinträchtigung

3.1.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet zu 100% beeinträchtigt.

Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3 AUB 2008. Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden und wird spätestens sieben Monate vom Unfalltag an gerechnet unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht .

3.1.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die „vorgezogene Übergangsleistung“ bei schwerer Beeinträchtigung wird in Höhe eines Viertels der vereinbarten Versicherungssumme für Sofortleistung bei Schwerverletzungen und erweiterter Übergangsleistung gezahlt.

3.1.3 Übergangsleistung

3.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

zu 50% beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden und wird spätestens neun Monate vom Unfalltag an gerechnet unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht.

3.1.3.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Die Zahlung mindert sich um die Leistungen nach den Ziffern 3.1.1 und 3.1.2 max2007.

3.2 Bedingungen für Kosmetische Operationen und Zahnersatz

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit einer Versicherungssumme zu vereinbaren.

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingten Verletzungen der versicherten Person erfordern eine kosmetische Operation nach Abschluss der Heilbehandlung oder den Ersatz von Zähnen oder den Ersatz von Zahnersatz.

Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person erfolgen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet.

Hat die versicherte Person am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, genügt es, wenn die Operation und die klinische Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3 AUB 2008.

3.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die entstehenden Kosten für Arzthonorare nach Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) maximal bis zum 3,5-fachen Satz, die kosmetische Operation, die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik zahlen wir soweit medizinisch notwendig bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz bei Verlust oder Beschädigung der Zähne oder des Zahnersatzes zahlen wir bis zur Höhe von 20% der vereinbarten Versicherungssumme.

Wir zahlen die Leistung, nachdem die Operation, die klinische Behandlung oder die Zahnbehandlung durchgeführt worden ist. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung für kosmetische Operationen und Zahnersatz in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

3.3 Bedingungen für Kurkostenbeihilfe

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit einer Versicherungssumme zu vereinbaren.

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingten Verletzungen der versicherten Person und die Verletzungsfolgen erfordern eine Kur von mindestens drei Wochen, deren medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird.

Ambulante oder teilstationäre Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen sind eingeschlossen. Die Kur, die ambulante oder teilstationäre Kur oder die Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person erfolgt innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet.

Unfallbedingte medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen sind keine Kur. Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3 AUB 2008.

3.3.2 Art und Höhe der Leistung

Die Kurkostenbeihilfe wird maximal bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Wir zahlen die Leistung bis zur Höhe der nachgewiesenen entstandenen Kosten der Kur, der ambulanten oder teilstationären Kur oder der Rehabilitationsmaßnahme.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für Kurkostenbeihilfe in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

3.4 Bedingungen für physiotherapeutische Maßnahmen

Kosten für Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie oder sportmedizinische Maßnahmen in einer entsprechenden Einrichtung gelten als mitversichert.

3.4.1 Art und Höhe der Leistung

Für physiotherapeutische Maßnahmen werden bis zu maximal 500 Euro erstattet.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für Kurkostenbeihilfe in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

3.4.2 Voraussetzungen für die Leistung

Die Maßnahmen werden innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall durchgeführt. Die Maßnahmen müssen geeignet sein, die Folgen des bedingungsgemäßen Unfalles zu bessern oder zu lindern. Dies ist uns durch ein ärztliches Attest entsprechend zu belegen.

3.5 Bedingungen für Bergungs- und Transportkosten

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich mit einer Versicherungssumme zu vereinbaren und erfordert auch die Vereinbarung einer besonderen Prämie.

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Unfall und hierdurch werden notwendig:

3.5.1.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von Rettungsdiensten, die hierfür üblicherweise Gebühren berechnen oder Entgelte verlangen.

3.5.1.2 Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen.

3.5.1.3 Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.

3.5.1.4 Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit ärztlich angeordnet oder der Verletzungsart nach unvermeidbar.

3.5.1.5 Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz oder einem dem ständigen Wohnsitz nahe gelegenen Krankenhaus, soweit ein Krankenhausaufenthalt von voraussichtlich 7 Tagen oder mehr ärztlich angeordnet ist.

3.5.1.6 Erforderliche Hotelunterbringung des Verletzten nach dem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt über den ursprünglich geplanten Rückreisetermin hinaus.

3.5.1.7 Mehraufwand für den Besuch einer nahestehenden Person, wenn die versicherte Person auf ärztliche Anordnung im Krankenhaus stationär behandelt oder weil erforderlich im Hotel untergebracht wird.

3.5.1.8 Erforderliche Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen der versicherten Person, wenn über den geplanten Rückreisetermin hinaus die versicherte Person aufgrund medizinisch notwendiger Krankenhausaufenthalte und nachfolgend erforderlicher Hotelunterbringung diese Personen nicht betreuen kann.

3.5.1.9 Mehraufwand für den erforderlichen Rücktransport von mitgeführten Haustieren oder für die erforderliche Betreuung von Haustieren am Wohnort der versicherten Person, die aufgrund des medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes und nachfolgend erforderlicher Hotelunterbringung entstehen.

3.5.1.10 Transportkosten für notwendigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zur Behandlung von Unfallfolgen.

3.5.1.11 Zusätzlich entstehende Kosten für die Heimfahrt oder Unterbringung mitreisender Kinder und des mitreisenden Partners der versicherten Person bei Unfällen im Ausland.

3.5.1.12 Überführungskosten zum letzten ständigen inländischen Wohnsitz im Todesfalle oder wahlweise bei Unfällen im Ausland die dort entstehenden Bestattungskosten.

Die versicherte Person hat keinen Unfall erlitten, jedoch drohte ein solcher unmittelbar oder war nach den konkreten Umständen zu vermuten, so sind Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von Rettungsdiensten, die hierfür üblicherweise Gebühren berechnen oder Entgelte verlangen, als notwendig zu ersetzen.

Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3 AUB 2008.

3.5.2 Art und Höhe der Leistung

Die Bergungskosten werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für Bergungs- und Transportkosten in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

3.6 Bedingungen für Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma, so werden für die Zeit dieses Zustandes wöchentlich 200 Euro bis zu 104 Wochen gezahlt.

3.7 Medizinische Hilfsmittel

Werden die Hilfsmittel Arm- und/oder Beinprothese, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl bzw. Krankenfahrstuhl unfallbedingt als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet, erfolgt hierzu eine Kostenbeteiligung bis zu einer Summe von 3.000 Euro für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt, welche innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden.

3.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Hilfsmittel werden innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall angeschafft. Der Bedarf muss aufgrund eines bedingungsgemäßen Unfalles entstehen.

Die Notwendigkeit der Hilfsmittel muss für mindestens 6 Monate dauerhaft bestehen.

Dies sowie die spezielle Ausgestaltung der Hilfsmittel ist uns durch ein ärztliches Attest entsprechend zu belegen.

3.7.2 Art und Höhe der Leistung

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für medizinische Hilfsmittel in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

4 Bedingungen für Gruppen

4.1 Versicherungen ohne Namensangaben

4.1.1 Damit bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann, ist dieser entsprechend genau im Versicherungsvertrag zu bezeichnen. Der Versicherungsnehmer hat geordnete Personal-, Lohn - oder Mitgliederlisten zu führen und uns Einsicht in diese Aufzeichnungen zu gestatten.

4.1.2 Am Schluss eines jeden Versicherungsjahres wird der Versicherungsnehmer aufgefordert, die Zahl der in diesem Jahr versichert gewesenen Personen anzugeben. Das Jahr ist in Monate zu gliedern und der höchste Stand der versicherten Personen je Monat ist aufzuführen. Die Prämie berechnet sich nach der Zahl der im Versicherungsjahr versichert gewesenen Personen.

Wurde für die laufende Versicherungsperiode eine zu niedrige Prämie gezahlt, so ist die Differenz zur neu berechneten Jahresprämie nachzuzahlen. Wurde eine zu hohe Prämie gezahlt, erfolgt eine Gutschrift.

4.1.3 Wir können die Prämie nach der zuletzt angegebenen Höchstzahl von versicherten Personen berechnen, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung keine Angaben zu den in der vorangegangenen Versicherungsperiode versicherten Personen macht. Der Versicherungsnehmer kann im Laufe des neuen Versicherungsjahres die richtige Personenzahl angeben. Die Prämie wird dann neu berechnet. Wurde eine zu niedrige Prämie gezahlt, so ist die Differenz zur Neuberechneten Jahresprämie nachzuzahlen. Wurde eine zu hohe Prämie gezahlt, erfolgt eine Gutschrift.

4.2 Versicherungen mit Namensangaben

4.2.1 Die versicherten Personen sind zu benennen. Versicherte Personen, die aus dem Versicherungsvertrag ausscheiden, sind beim Versicherer abzumelden. Versicherte Personen, die an die Stelle der ausscheidenden versicherten Person treten, sind anzumelden. Von der Absendung der Meldung an sind diese dann versichert. Weitere neu zu versichernde Personen können jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn sie den gleichen Beruf oder die gleiche Beschäftigung ausüben wie die bereits versicherten Personen. Von dem Zugang der Meldung beim Versicherer an sind diese versichert.

4.2.2 Die sich aus Ziffer 4.2.1 max2007 ergebende Prämienachzahlung oder -erstattung berechnet sich nach den dem Versicherungsvertrag zugrunde gelegten Prämienätzen.

4.2.3 Neu zu versichernde Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung sind erst nach Vereinbarung der Versicherungssumme und der Prämie versichert. Wir können die Versicherung des Einzelnen ohne Begründung ablehnen.

4.3 Dauer und Ende des Vertrages

Die Ziffer 11.2 AUB 2008 wird ergänzt.

4.3.1 Der Versicherungsvertrag endet zu dem Zeitpunkt, zu welchem der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst ist.

4.3.2 Der Versicherungsschutz der versicherten Person endet, wenn

- sie aus dem Dienstverhältnis mit Ihnen oder aus Ihrer Vereinigung ausscheidet,
- sie eine neue Beschäftigung im Sinne der Ziffer 4.2.3 max2007 aufnimmt.

Ferner endet der Versicherungsschutz der versicherten Person, wenn bei ihr eine Invalidität im Sinne der Ziffer 2.1 AUB 2008 erstmalig festgestellt ist und wir innerhalb eines Monats von der erstmaligen Feststellung an gerechnet per Einschreiben darauf hinweisen, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang des Einschreibens erlischt. Unterbleibt unser Hinweis innerhalb des Monats, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

5 Wohnsitze in Österreich oder der Schweiz

Hat der Versicherungsnehmer seinen ständigen Wohnsitz in Österreich oder der Schweiz, gilt abweichend von Ziffer 17 AUB 2008 für diesen Versicherungsvertrag das jeweilige Landesrecht.

6 Bedingungen für Erweiterungen der AUB 2008

6.1 Erweiterungen des Versicherungsschutzes

6.1.1 Unfälle im Wasser

Das Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren der versicherten Person im Wasser ist ein Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB 2008.

6.1.2 Ersticken und Erfrieren

Das Ersticken oder Erfrieren der versicherten Person ist ein Unfall gemäß Ziffer 1.3 AUB 2008.

6.1.3 Verhungern und Verdursten

Das Verhungern oder Verdursten infolge von unfreiwillig mangelnder Zuführung von Flüssigkeit oder Nahrungsmitteln sind Unfälle gemäß Ziffer 1.3 AUB 2008.

Das gilt nicht, wenn das Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln verweigert wird.

6.1.4 Erhöhte Kraftanstrengungen

Durch eine erhöhte Kraftanstrengung erleidet die versicherte Person Schäden an Gliedmaßen und Wirbelsäule oder Bauch- und Unterleibsbrüche.

Abweichend von Ziffer 1.4 AUB 2008 sind diese versichert.

Schäden an Bandscheiben bleiben gemäß Ziffer 5.2.1 AUB 2008 ausgeschlossen.

Als Unfall gelten auch durch **Eigenbewegungen** verursachte Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben und dem Meniskus.

6.2 Invalidität

6.2.1 Frist zum Eintritt der Invalidität

Die Invalidität ist abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2008 innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an gerechnet eingetreten und innerhalb der Frist zur Feststellung der Invalidität bei uns geltend zu machen.

6.2.2 Frist zur Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2008 innerhalb von 36 Monaten vom Unfalltag an gerechnet von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend zu machen.

6.2.3 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2008 folgende Invaliditätsgrade:

Arm	80%
Hand	75%
Daumen	30%
Zeigefinger	20%
anderer Finger	15%
für Daumen und sämtliche Finger einer Hand höchstens	70%
Bein	80%
Bein bis unterhalb des Knies	75%
Fuß	70%
große Zehe	20%
andere Zehe	10%
Auge	70%
Gehör auf einem Ohr	50%
Geruchssinn	20%
Geschmackssinn	20%
Stimme	100%
Niere	20%
Beide Nieren	100%
Milz	10%

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

6.2.4 Verlust der Sehkraft oder des Gehörs

Die Funktionsfähigkeit eines Auges der versicherten Person ist vor dem Unfall vollständig verloren.

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2008 und Ziffer 6.2.3 max2007 gilt für den Verlust der Sehkraft des anderen Auges ein Invaliditätsgrad von 100%.

Ist das Gehör auf einem Ohr vor dem Unfall schon vollständig verloren, gilt abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2008 und Ziffer 6.2.3 max2007 für den Verlust des Gehörs auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 100%.

Wenn vor dem Verlust der Sehkraft auf beiden Augen oder vor dem Verlust des Gehörs auf beiden Ohren, beide Sinne vor dem Unfall nicht vollständig, sondern nur teilweise beeinträchtigt waren, bleibt es bei den Leistungen aus Ziffer 6.2.3 max2007.

Die Leistung wird dann nicht um einen Mitwirkungsanteil gemäß Ziffer 3. AUB 2008 und Ziffer 6.5 max2007 aufgrund der teilweisen Beeinträchtigung gemindert.

6.3 Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld

6.3.1 Krankenhaus-Tagegeld im Rehabilitations-Institut

Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Behandlung in einem Rehabilitations-Institut, weil in der Region keine andere Einrichtung die vollstationäre Behandlung anbietet oder in dieser aufgrund der unfallbedingten Verletzungen keine Verlegung möglich ist, sind abweichend von Ziffer 2.4.1 AUB 2008 die Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt.

6.3.2 Erweiterung des Krankenhaus-Tagegeldes um Reha-Geld

6.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Im Anschluss an einen unfallbedingten, stationären Krankenhausaufenthalt wird eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Maßnahme) oder eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) durchgeführt. Leisten wir für eine stationäre Behandlung Krankenhaus-Tagegeld, besteht für die gleiche Behandlung kein Anspruch auf das Reha-Geld oder auf Kurkostenbeihilfe.

6.3.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen je Anwendungstag 50% des versicherten Krankenhaus-Tagegeldes (Reha-Geld).

Das Reha-Geld zahlen wir für längstens 30 Anwendungstage.

Wir zahlen nur für Reha-Maßnahmen und EAP, die innerhalb von 2 Jahren nach Eintritt des Unfalles durchgeführt werden.

6.3.3 Krankenhaus-Tagegeld bis zu 1.000 Tagen

Abweichend von Ziffer 2.4.2 AUB 2008 wird Krankenhaus-Tagegeld längstens für 1.000 Tage innerhalb von 5 Jahren vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

Über die vereinbarten Fristen hinaus zahlen wir Krankenhaus-Tagegeld, wenn der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials notwendig ist.

6.3.4 Krankenhaus-Tagegeld bei ambulanter Operation

Die versicherte Person wird unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie, die zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt, operiert.

Abweichend von den Ziffern 2.4.1 und 2.5.1 AUB 2008 wird das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld dann für drei Tage auch bei ambulanten Operationen gezahlt.

6.3.5 Genesungsgeld bis zu 200 Tagen

Abweichend von Ziffer 2.5.2 AUB 2008 wird das Genesungsgeld längstens für 200 Tage innerhalb von 5 Jahren vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

Über die vereinbarten Fristen hinaus zahlen wir Genesungsgeld, wenn der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials notwendig ist.

6.4 Todesfall-Leistungen

6.4.1 Ist die versicherte Person aufgrund eines Unfalles infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen gestorben, leisten wir abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 die bei Tod gemäß Ziffer 2.6 AUB 2008 zu zahlende vereinbarte Versicherungssumme, höchstens bis 20.000 Euro.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht.

6.4.2 Bei unfallbedingtem Tod der versicherten Person gemäß Ziffer 2.6 AUB 2008 als Insasse von Land-, Schienen- und Wasserfahrzeugen zur Personenbeförderung, deren Betreiber öffentliche Verkehrsbetriebe oder private Transportunternehmen sind, zahlen wir zusätzlich 100% der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens bis zusätzlich 20.000 Euro.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen aus allen Verträgen höchstens bis zusätzlich 20.000 Euro erbracht.

6.5 Mitwirkung

Krankheiten oder Gebrechen mindern abweichend von Ziffer 3 AUB 2008 die unfallbedingte Leistung, wenn ein Mitwirkungsanteil von 55% überschritten wird.

6.6 Abweichungen von Ausschlüssen

6.6.1 Bewusstseinsstörungen

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht sind, versichert.

Unfälle beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen sind jedoch nur versichert, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt.

Wird durch ein versichertes Unfallereignis eine Geistes- oder Bewusstseinsstörung herbeigeführt, die ihrerseits zu einem Unfall führt, so besteht abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 ebenfalls Versicherungsschutz.

6.6.2 Herzinfarkt, Schlaganfall und andere Krampfanfälle

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 sind Herzinfarkt, Schlaganfall oder andere Krampfanfälle, die durch ein versichertes Unfallereignis entstehen, versichert.

Versichert sind auch Unfälle infolge eines Herzinfarkts, Schlaganfalls, eines epileptischen Anfalls oder anderer Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

6.6.3 Straftaten

Die versicherte Person führt oder gebraucht ohne Führerschein ein Land- oder Wasserfahrzeug und hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist entmündigt.

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB 2008 sind dann Unfälle versichert, wenn keine weitere Straftat den Zugriff auf das Fahrzeug ermöglicht hat.

Die versicherte Person erstellt oder gebraucht Feuerwerkskörper und hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist entmündigt.

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB 2008 sind dann Unfälle versichert, wenn keine weitere Straftat wie Körperverletzung oder Sachbeschädigung beabsichtigt war.

6.6.4 Innere Unruhen / Gewalttätige Auseinandersetzungen

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB 2008 sind Unfälle bei Inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen versichert, wenn der Versicherte nicht an den Gewalttätigkeiten aktiv teilgenommen hat oder wenn er zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf Seiten der Unruhestifter.

6.6.5 Erweitertes Kriegsrisiko

Der in Ziffer 5.1.3 AUB 2008 beschriebene 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.

Der Zeitraum verlängert sich um weitere 7 Tage, wenn es für die versicherte Person trotz aller Bemühungen und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist, das Gebiet des betroffenen Staates zu verlassen.

Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Gebiete des betroffenen Staates ausgeführt werden, sind versichert.

6.6.6 Fahrtveranstaltungen

Die Fahrtveranstaltung findet auf öffentlichen Wegen unter Einhaltung aller Verkehrsregelungen und gesetzlichen Bestimmungen statt.

Die versicherte Person, Fahrer, Beifahrer und Insassen erzielen durch die Fahrtveranstaltung, der Vorbereitung oder dem Training kein Einkommen und vereinnahmen kein Geld und keine Sachleistungen aufgrund von Verträgen.

Das Motorfahrzeug ist für die Fahrtveranstaltung nicht besonders technisch verändert. Der Veranstalter betreibt mit der Veranstaltung oder mit Motorfahrzeugen kein Gewerbe und keinen Verein.

Abweichend von Ziffer 5.1.5 AUB 2008 sind dann Unfälle der versicherten Person bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen versichert.

6.6.7 Strahlenschäden

Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB 2008 sind Gesundheitsschäden durch Strahlen versichert, sofern sie nicht Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Geräten sind.

6.6.8 Heilmaßnahmen

Das Schneiden, Rasieren oder Feilen von Nägeln, Haaren, Hühneraugen und Hornhaut ist abweichend von Ziffer 5.2.3 AUB 2008 versichert.

6.6.9 Vergiftungen und Nahrungsmittelvergiftungen

Ergänzend zu Ziffer 5.2.5 AUB 2008 sind Vergiftungen und deren Folgen versichert, wenn es sich um

- Vergiftungen handelt infolge Einatmung schädlicher Stoffe, denen die versicherte Person durch unabwendbare Umstände ausgesetzt war.
- Einnahme von Stoffen handelt, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z. B. Nahrungsmittelvergiftungen).
- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund handelt und die versicherte Person das 14. Lebensjahr zum Zeitpunkt des Unfalls noch nicht vollendet hat.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die

- als Berufs- oder Gewerkrankheiten gelten, insbesondere wenn sie durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande gekommen sind.
- durch jegliche Art von Suchtmitteln entstanden sind.

6.6.10 Psychische und nervöse Störungen

Führen eine unfallbedingte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine unfallbedingte neu entstandene Epilepsie zu psychischen oder nervösen Störungen der versicherten Person, die im Anschluss an den Unfall eintreten, sind diese abweichend von Ziffer 5.2.6 AUB 2008 versichert.

6.7 Leistungsfall

6.7.1 Geringfügigkeit

Die Folgen eines Unfalls erscheinen als geringfügig. Der Arzt wird hinzugezogen und wir werden erst dann unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Abweichend von Ziffer 9.1 AUB 2008 ist das keine Obliegenheitsverletzung.

6.7.2 Operation

Abweichend von Ziffer 9.1 AUB 2008 ist die versicherte Person nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

6.7.3 Verdienstausfall wegen ärztlicher Untersuchung

Können Unternehmer, Geschäftsführer oder Selbstständige den Lohn- und Verdienstausfall nicht konkret nachweisen, erstatten wir abweichend von Ziffer 9.3 AUB 2008 als festen Betrag 2 Promille der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität, bis höchstens 500 Euro.

6.7.4 Anzeigepflicht

Hat der Unfall den Tod zur Folge, beginnt die Meldefrist gemäß Ziffer 9.5 AUB 2008 erst, wenn Sie, die Erben der versicherten Person oder bezugsberechtigte Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und von einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall haben.

6.7.5 Versehen bei Obliegenheitsverletzung

Abweichend von Ziffer 10 AUB 2008 bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn die Verletzung der Obliegenheiten versehentlich erfolgte und die Obliegenheit nach Kenntnis des Versehens unverzüglich erfüllt wurde.

6.7.6 Ärztliche Gebühren

Abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2008 übernehmen wir die ärztlichen Gebühren in voller Höhe, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen.

6.7.7 Laufendes Heilverfahren

Abweichend von Ziffer 7.3 AUB 2008 kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein Vorschuss von 10% auf die zu erwartende Invaliditätsleistung verlangt werden, sofern für die betroffene versicherte Person keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein.

6.7.8 Invaliditätsgradänderung

Abweichend von Ziffer 7.4 AUB 2008 sind wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich, längstens bis zu zwei Jahre nach Eintritt des Unfalles erneut ärztlich bemessen zu lassen. Ihre Frist bleibt bei längstens drei Jahren.

7 Bedingungen für Infektionen und Impfungen

Abweichend von Ziffer 5.2.4 AUB 2008 sind die Folgen von Infektionen und Impfungen gemäß Ziffer 7.1 max2007 versichert.

7.1 Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:

1a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden: Borreliose, Brucellose, Fleckfieber, Frühsommermeningitis/Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest, Schlafkrankheit/Tsetse-Krankheit sowie Tularämie/Hasenpest.

1b) Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung/Poliomyelitis, Genickstarre, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Wundstarrkrampf oder Windpocken infiziert.

2) Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 7.1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

3) Schließlich sind als Folge eines Unfallereignisses mitversichert:

- sonstige Folgen von Insektenstichen (z.B. allergische Reaktionen);

- Tollwut, Wundstarrkrampf und Wundinfektionen;

- Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde;

- Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.

7.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Als Unfall gilt abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2008 und 5.2.4 AUB 2008 die Infektion durch Hautverletzungen oder - durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Mund, Nase oder Ohr in den Körper gelangt sind. Hautverletzungen müssen ärztlich nachgewiesen werden. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten sind kein plötzliches Eindringen.

Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach dem Versicherungsbeginn erfolgt.

7.1.2 Art und Höhe der Leistung

Es besteht Versicherungsschutz bis zur vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität.

Verstirbt die versicherte Person an den Folgen einer Infektion oder Impfung gemäß Ziffer 7.1 leisten wir abweichend von Ziffer 5.2.4 AUB 2008 die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch 20.000 Euro.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht. Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3 AUB 2008.

8 Bedingungen für behindertengerechte Erleichterungen

Die Ziffer 2 AUB 2008 wird um diese Leistungsart infolge unfallbedingter Invalidität erweitert. Versicherte Erleichterungen sind:

- Behindertengerechte Umbauten des Wohnsitzes der versicherten Person
- Umzüge in einen behindertengerechten Wohnsitz
- Umbauten eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug
- künstliche Organe sowie Organtransplantationen
- Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Hörgeräte, Sehhilfen oder Sprechgeräte
- Anschaffung und Ausbildung eines erforderlichen Blindenhundes
- Behindertengerechte Fortbildung wie Gebärdensprache oder Blindenschrift.

8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB 2008.

Der Umgang und das Leben mit der Behinderung können erleichtert werden.

Die Erleichterung wird durch ein ärztliches Attest und durch einen Kostenvoranschlag für die Erleichterung nachgewiesen. Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3 AUB 2008.

8.2 Art und Höhe der Leistung

Die entstehenden Kosten für eine oder mehrere Erleichterungen aufgrund eines Unfallereignisses werden insgesamt bis zur Höhe von 5% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, von den AUB 2008 abweichende Gliedertaxen und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei der Berechnung der Entschädigung unberücksichtigt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für behindertengerechte Erleichterungen in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

8.3 Umschulungsmaßnahmen

Führt die versicherte Person infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung durch, werden die Kosten bis zu 10.000 Euro erstattet.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Versicherungsverträge verlangt werden.

9 Bedingungen für die Prämienbefreiung

9.1 Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit

9.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Sie befinden sich in einem Arbeitsverhältnis und verlieren durch Kündigung Ihres Arbeitgebers Ihren Arbeitsplatz und melden sich bei der zuständigen Agentur für Arbeit als arbeitslos.

Das Arbeitsverhältnis ist sozialversicherungspflichtig, unbefristet und bei Abschluss des Versicherungsvertrages ungekündigt. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt mindestens 30 Stunden.

Das Arbeitsverhältnis unterliegt dem deutschen Arbeitsrecht und ist nicht zum Zweck der Ausbildung in einem Beruf oder zum Zwecke der Umschulung in einen anderen Beruf geschlossen.

Das Arbeitsverhältnis besteht entweder seit mindestens 2 Jahren ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber oder es besteht seit 1 Jahr ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber und schließt unmittelbar an:

- eine ununterbrochene Kindererziehungszeit von mindestens 2 Jahren an.
- eine ununterbrochene Berufsausbildung von mindestens 2 Jahren an.
- ein ununterbrochenes Studium von mindestens 2 Jahren an.
- ein ununterbrochenes vorheriges Arbeitsverhältnis von mindestens 2 Jahren an.

Andere Arbeitsverhältnisse bleiben unversichert.

Die Dauer der Arbeitslosigkeit und deren Grund sind durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Geeignete Unterlagen erstellen Ämter, Behörden, Arbeitgeber und Ausbildungsträger wie Schulen und Universitäten.

9.1.2 Art und Höhe der Leistung

Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt die Arbeitslosigkeit erstmals ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitslosigkeit auf Ihren Antrag abweichend von Ziffer 11 AUB 2008 und 12 AUB 2008 prämienfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Prämienbefreiung beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit.

Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.

Bei erneuter Arbeitslosigkeit 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.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

9.2 Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Von den Ziffern 1.3 AUB 2008 und 5.2 AUB 2008 wird abgewichen.

9.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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.

9.2.2 Art und Höhe der Leistung

Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt die Arbeitsunfähigkeit erstmals ein.

Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag abweichend von Ziffer 11 AUB 2008 und 11 AUB 2008 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.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

9.3 Prämienbefreiung bei Tod oder Invalidität

9.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Sie sterben unfallbedingt oder erhalten unfallbedingt eine Invaliditätsleistung aus einem mit uns vereinbarten Versicherungsvertrag zur Unfallversicherung aufgrund eines Invaliditätsgrades von mindestens 50%.

9.3.2 Art und Höhe der Leistung

Die zwischen Ihnen und uns vereinbarten Verträge zu Unfallversicherungen jeweils für Sie, Ihre Lebenspartner und Ihre Kinder als versicherte Person werden im Sinne von Ziffer 12.7 AUB 2008 prämienfrei weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen, soweit die versicherten Personen bedingungsgemäß noch versicherbar sind.

Die Prämienbefreiung beginnt mit dem Todestag oder mit dem Zeitpunkt der Feststellung der Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1.1 AUB 2008. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag, an dem

- der Invaliditätsgrad gemäß Ziffer 7.4 AUB 2008 unter 50% sinkt oder
- das letzte versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat oder
- der Lebenspartner das 67. Lebensjahr vollendet hat.

Für Kinder, die während der Dauer der Prämienbefreiung das 18. Lebensjahr vollenden, endet die Prämienbefreiung. Erreicht der Invaliditätsgrad wieder mindestens 50%, setzt die Prämienbefreiung erneut ein.

Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Vertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt.

Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden erstattet.

10 Bedingungen für Frauen

10.1 Brust- und Gebärmutterverlust

10.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2008 und 2.1 AUB 2008 verliert die versicherte Person aufgrund einer krebsbedingten Operation oder unfallbedingt

- eine Brust oder beide Brüste
- die Gebärmutter oder beide Eierstöcke.

Bei Eintritt der Krebserkrankung hat die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht. Die Notwendigkeit und die Durchführung der krebsbedingten Operation sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

10.1.2 Art und Höhe der Leistung

Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt eine Krebserkrankung bei der versicherten Person erstmals ein. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn. Bei Verlust einer Brust oder beider Brüste werden 20% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt.

Bei Verlust der Gebärmutter oder beider Eierstöcke werden 20% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen, von den AUB 2008 abweichende Gliedertaxen und sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei beiden Berechnungen der Entschädigung unberücksichtigt.

10.2 Kosmetische Operationen

Die Kosmetischen Operationen gemäß Ziffer 3.2 max2007 werden erweitert.

10.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Aufgrund einer gemäß Ziffer 10.1 max2007 versicherten krebsbedingten Operation oder unfallbedingt wird eine kosmetische oder plastische Brustoperation durchgeführt.

Die unfallbedingten Verletzungen oder die krebsbedingten Operationen gemäß Ziffer 10.1 max2007 der versicherten Person erfordern kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

Eine therapeutische oder psychiatrische Behandlung wird durch die unfallbedingten Verletzungen oder die krebsbedingten Operationen gemäß Ziffer 10.1 max2007 der versicherten Person notwendig.

Die Notwendigkeit und die Durchführung ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

10.2.2 Art und Höhe der Leistung

Die entstehenden Kosten für Arzthonorare nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) maximal bis zum 3,5-fachen Satz, die kosmetische oder plastische Brustoperation und die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik werden bis zu 20% der vereinbarten Versicherungssumme für Kosmetische Operationen gezahlt.

Die Kosten für die kosmetischen Behandlungen beim Kosmetiker sowie für Tätowierungen und für künstlichen Haaransatz werden bis zu 2% der vereinbarten Versicherungssumme für Kosmetische Operationen gezahlt, soweit es durch die unfallbedingten Verletzungen oder die krebsbedingten Operationen notwendig ist.

Die Kosten für die therapeutische oder psychiatrische Behandlung werden bis zu 2% der vereinbarten Versicherungssumme für Kosmetische Operationen gezahlt, soweit es durch die unfallbedingten Verletzungen oder die krebsbedingten Operationen notwendig ist.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, werden die Leistungen für Kosmetische Operationen in dem Umfang erbracht, als wenn es sich um einen einzigen Versicherungsvertrag mit einer Versicherungssumme für alle Verträge handelt.

11 Bedingungen für Kinder

Die Ziffer 2 AUB 2008 wird für versicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um folgende Leistungsarten gemäß den Ziffern 11.1 bis 11.4 max2007 erweitert.

11.1 Rooming-in

Die unfallbedingten Verletzungen des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung.

Ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus oder in einem speziell dafür vorgesehenen Haus in der Nähe des Krankenhauses (Rooming-in).

Für jede Übernachtung wird dann eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Übernachtungen gezahlt.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder oder Erziehungsberechtigte betroffen sind.

11.2 Haushaltshilfe oder Tagesmutter

Die unfallbedingten Verletzungen eines Erziehungsberechtigten des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung und daher ist die Versorgung des versicherten Kindes durch eine Haushaltshilfe oder die Unterbringung des versicherten Kindes bei einer Tagesmutter notwendig.

Für jeden Anwesenheitstag der Haushaltshilfe oder jeden Aufenthaltstag bei der Tagesmutter wird dann eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Tagen gezahlt.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder oder Erziehungsberechtigte betroffen sind.

11.3 Nachhilfe

Die unfallbedingten Verletzungen des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung und halten das Kind deshalb vom Schulunterricht ab.

Für jeden Abwesenheitstag von allgemeinen oder berufsbildenden Schulen wird dann eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Tagen gezahlt, soweit bei einem anerkannten Nachhilfelehrer oder Institut Nachhilfeunterricht genommen wird.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder betroffen sind.

11.4 Mitversicherung von Neugeborenen und Adoptivkindern

Während der Vertragsdauer geborene Kinder oder adoptierte Kinder vor Vollendung deren 18. Lebensjahres, sind ab der Vollendung der Geburt oder ab dem Tag der Adoption für ein Jahr prämienfrei versichert.

Die Versicherungssummen belaufen sich auf 100.000 Euro für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB 2008 und 10.000 Euro für Tod gemäß Ziffer 2.6 AUB 2008.

Dem Versicherungsschutz liegen die Vereinbarungen dieses Vertrages zu Grunde.

Wird das Kind innerhalb des ersten Lebensjahres bei uns versichert, gelten die prämienfreien Versicherungssummen zusätzlich während der genannten Zeit von einem Jahr. Bestehen bei uns noch weitere Verträge, über die Neugeborene versichert sind, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht.

12 Einschränkungen des Versicherungsschutzes

12.1 Leistungsreduzierung bei Berufs- und Sportunfällen

Zur leistungsreduzierten Risikogruppe gehören alle Personen, die bei der Ausübung eines Sportes einen Unfall erleiden. Des Weiteren gehören alle Männer mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder Personen, die mit giftigen oder explosiven Stoffen umgehen, sowie Berufs- und Zeitsoldaten, Landwirte, Tierärzte, Turn-, Sport- und Tanzlehrer, Berufskraftfahrer, Busfahrer, Kellner und Hausmeister zu dieser leistungsreduzierten Risikogruppe.

Übt die versicherte Person eine der oben genannten Tätigkeiten während des Unfallgeschehens aus, kommen 75% der errechneten Versicherungsleistung zur Auszahlung.

Dies gilt für alle Leistungen, die aus dem Vertrag nach den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) und den Besonderen und Sonderbedingungen zur Unfallversicherung (max2007) fällig werden.

Diese Leistungseinschränkung gilt nur für Berufs- und Sportunfälle. Bei Berufsunfällen ist im Zweifel die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststelle maßgebend.

Als Sport gilt jede sportliche Betätigung in den vom Deutschen Sportbund anerkannten Sportarten.

12.2 Welche Berufsunfälle fallen nicht unter den Versicherungsschutz

Nicht versichert sind Unfälle, bei Tätigkeiten die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Artist, Akrobat, Bergführer, Bergleute, Mitarbeiter von Munitions-, Such- und Räumungstrupps, Sprengmeister, Rennfahrer, Radrennfahrer, Rennreiter, Sportler mit Verträgen oder Lizenzen, Trainer von Vertrags- und Lizenzsportlern, Stuntmen, Taucher, Tennislehrer, Testfahrer, Tiertrainer, Tierbändiger.

Dies beinhaltet - insbesondere aber nicht abschließend - die folgenden Tätigkeiten:

Artistische/Akrobatische Übungen und Aufführungen, Arbeiten unter Tage, der Umgang mit Geschossen oder sonstigen explosiven Stoffen, Sport als Erwerbstätigkeit, Tauchen, Tierdressur, Erprobungsfahrten mit Kraftfahrzeugen und alle weiteren Tätigkeiten die im Rahmen der oben genannten Berufe ausgeführt werden.

13 Bedingungen zum Schluss

13.1 Maklerklausel

Der den Versicherungsvertrag betreuende Makler ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklerauftrag verpflichtet, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten. Die Verpflichtung des Maklers entfällt, wenn Sie im Maklerauftrag mit dem Makler eine andere Regelung vereinbaren und wir davon Kenntnis erhalten. Beginnend mit dem Zeitpunkt unserer Kenntnis ist der Makler dann nicht mehr bevollmächtigt, Ihre Anzeigen und Willenserklärungen entgegenzunehmen. Vor dem Zeitpunkt entgegengenommene Anzeigen und Willenserklärungen sind weiterhin unverzüglich weiterzuleiten. Makler ist, wer gemäß § 42a Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) tätig ist und das Gewerbe im Sinne von § 34d Gewerbeordnung (GewO) in Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union betreibt.