

Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für die Unfall-Rentenversicherung mit Pflegerente (AUB-HL 2008)

Fassung Januar 2008

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

17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
18. Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Unfall-Rente
 - 2.2 Unfall-Pflegerente
 - 2.3 Hilfeleistungen nach einem Unfall
 - 2.4 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen nach einem Unfall
 - 2.5 Sofortleistung nach einem Unfall
 - 2.6 Unfall-Bergungskosten
3. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungs-schutz ausgeschlossen?
6. Was müssen sie bei Vollendung des 75. Lebensjahres während der Vertragsdauer beachten?

Der Leistungsfall

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

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
12. Wann wird eine Beitragsanpassung durchgeführt?

Weitere Bestimmungen

13. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
14. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
15. Wann verjähren Ansprüche aus dem Vertrag?
16. Welches Gericht ist zuständig?

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,
 - 1.4.1 wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,
 - 1.4.2 wenn der Versicherte anlässlich der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder von Sachen eine Gesundheitsschädigung erleidet,
 - 1.4.3 wenn – gleich aus welcher Ursache – ein Oberschenkelhalsbruch eintritt,
 - 1.4.4 wenn das Unfallereignis, das eine Gesundheitsschädigung nach sich zieht, durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde. Die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen,
 - 1.4.5 wenn der Tod des Versicherten durch Ertrinken, Ersticken und Erfrieren einschließlich Tod durch Unterkühlung unter Wasser, oder durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits- oder Nahrungsmittelentzug eingetreten ist,
 - 1.4.6 wenn der Versicherte eine Gesundheitsschädigung durch tauchtypische Erkrankungen, wie z. B. Caissonkrankheit und Trommelfellverletzungen, erleidet.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Per-

sonen (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 Vertrag.

2.1 Unfall-Rente

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

Bereits erbrachte Leistungen werden wir jedoch nicht zurückfordern

2.1.1.3 Führt der Unfall nach diesen Grundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten von mindestens 50 Prozent, wird, unabhängig vom Lebensalter des Versicherten, die im Versicherungsschein festgelegte Unfall-Rente gezahlt.

2.1.1.4 Dieser Invaliditätsgrad kann auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen werden. Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades von 50 Prozent wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 35 Prozent beträgt.

2.1.1.5 Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- der Versicherte stirbt, oder
- der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach Ziffer 2.1.1.4 vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist.

Kapitalisierungsoption

Sie können die Auszahlung der ersten 12 Monatsrenten, anstelle der monatlichen Zahlung, als einmalige Kapitalleistung verlangen.

Die Zahlung der monatlichen Unfall-Rente setzt dann ab dem 13. Monat nach dem Unfall ein.

Die Auszahlung dieser Kapitalleistung muss ausdrücklich von Ihnen beantragt werden.

2.1.1.6 Sobald der Versicherungsfall eingetreten ist, erlischt der Versicherungsvertrag, soweit er sich auf den Verletzten bezieht, mit dem Tag des Unfalles.

2.1.1.7 Die Leistungen aus der Unfall-Renten-Versicherung werden für jeden Versicherten nur einmal gewährt.

2.1.1.8 Wir sind berechtigt, alle zwei Jahre Lebensbescheinigungen anzufordern. Dieses Recht wirkt auch über eine Vertragsbeendigung hinaus. Wird uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Rentenfälligkeit.

2.1.2 Bemessung der Invalidität

2.1.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %

Bein über Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %

Auge	50 %
Stimme	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

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

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

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

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

2.2 Unfall-Pflegerente

2.2.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistung

Hat die versicherte Person Anspruch auf eine Rentenleistung gemäß Ziffer 2.1 aufgrund einer unfallbedingten Invalidität von mindestens 50 Prozent, so wird zusätzlich eine Pflegerente in Höhe der vertraglich vereinbarten Rentenleistung gezahlt, wenn eine dauernde Schwerstpflegebedürftigkeit entsprechend den nachstehenden Bestimmungen vorliegt – unabhängig, ob diese unfall- oder krankheitsbedingt ist.

2.2.1.1 Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Ziffer 2.2.1.2 genannten Vorrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

2.2.1.2 Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe der versicherten Person durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Mobilität 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – die Hilfe einer anderen Person

benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

Körperpflege 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

Baden und Duschen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach einem Stuhlgang nicht allein säubern kann
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

2.2.1.3 Die Pflegestufe, die Voraussetzung zur Zahlung der Unfall-Pflegerente ist, liegt vor, wenn bei der Bewertung der Hilfebedürftigkeit 6 Punkte erreicht werden.

Unabhängig von der Bewertung der Punktetabelle liegt eine Pflegestufe vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

2.2.1.4 Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

2.2.1.5 Wir sind berechtigt, alle zwei Jahre Bescheinigungen über das Bestehen der Pflegebedürftigkeit anzufordern. Dieses Recht wirkt auch über eine Vertragsbeendigung hinaus. Wird uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Zahlung der Pflegerente ab der nächsten Rentenfälligkeit.

2.3 Hilfeleistungen nach einem Unfall – nur soweit besonders beantragt und im Versicherungsschein ausgewiesen

2.3.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen:

2.3.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Sinne des nachstehenden Leistungskataloges der Hilfe bedarf (Hilfebedürftigkeit).

Die Hilfebedürftigkeit ist von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.3.1.2 Die Leistungen werden für eine Dauer von maximal 6 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, erbracht, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Leistungen mit kürzerer Dauer werden zum benötigten Zeitpunkt innerhalb dieser 6 Monate erbracht.

2.3.1.3 Bei den Hilfeleistungen infolge Unfall bedingter Hilfebedürftigkeit (Ziffer 2.3.1.1) verzichten wir auf die Berücksichtigung einer Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen auch dann, wenn der Mitwirkungsanteil 35 Prozent und mehr beträgt.

2.3.1.4 Die Leistungen werden ausschließlich über eine von uns beauftragte Hilfsdienstorganisation und nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn die versicherte Person selbst eine Hilfsdienstorganisation auswählt sowie für die Zeit eines Auslandsaufenthaltes.

2.3.1.5 Wenn und soweit einzelne Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung / Krankenversicherung erbracht werden, endet unsere Leistungspflicht.

Bestehen für die versicherte Person bei der VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen mit Hilfeleistungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.3.1.6 Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen notwendig werden, dem beauftragten Dienstleister gegenüber abzugeben.

2.3.2 Art und Umfang der Leistungen

2.3.2.1 Erstgespräch

In einem telefonischen Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der Hilfeleistungen mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt festgestellt, und die Art, die Durchführung und die Termine der Hilfeleistung abgesprochen.

2.3.2.2 Hausnotrufdienst

Sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird bei Bedarf für die versicherte Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger oder Funkarmband zur Verfügung gestellt. Außerdem wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Rufzentrale mit Gesprächskontakt gewährleistet.

2.3.2.3 Mahlzeitendienst

Es erfolgt die Versorgung der versicherten Person und ggf. eines in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Ehe- bzw. Lebenspartners mit sieben Hauptmahlzeiten nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden je nach Möglichkeit des Dienstleisters jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten) tiefgekühlt oder täglich warm angeliefert. Die Kosten für die Mahlzeiten werden übernommen.

2.3.2.4 Reinigung der Wohnung

Der allgemein übliche Lebensbereich (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) wird einmal wöchentlich gereinigt. Dies setzt voraus, dass sich die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befand.

2.3.2.5 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu zweimal pro Woche durchgeführt.

Zu Besorgungen und Einkäufen zählen:

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bankgänge, Abholung von Rezepten, Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung),
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

2.3.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal wöchentlich wird bei Bedarf

- das Waschen und Trocknen,
- das Bügeln,
- das Ausbessern,
- das Sortieren und Einräumen der Wäsche,
- die Schuhpflege übernommen.

2.3.2.7 Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Für eine Dauer von bis zu vier Wochen wird bis zu zweimal wöchentlich die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

2.3.2.8 Fahrdienst zu Arzt- oder Behördengängen

Bis zu zweimal wöchentlich wird die versicherte Person zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

2.3.2.9 Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien

Bei Bedarf wird die versicherte Person bis zu zweimal wöchentlich zur Krankengymnastik und zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.

2.3.2.10 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese (maximal zwei Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

2.3.2.11 Leistungen der Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu vier Wochen eine Grundpflege.
Zu den Leistungen der Grundpflege zählen:

- Körperpflege,
- Hilfe beim An- und Auskleiden,
- Hilfe bei der Verrichtung der Notdurft,
- Lagerung im Bett,
- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
- Zubereitung von Mahlzeiten,
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

2.3.2.12 24-Stunden-Pflegenotruf

Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege nach Ziffer 2.3.2.11 kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischiekt.

2.3.2.13 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung statt. Zur Pflegeberatung gehören:

- Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeprobleme,
- Planung der Pflegeeinsätze,
- Hilfe bei der Wahl von notwendigen Pflegehilfsmitteln,
- Beratung zur Antragstellung und zu Leistungen der Pflegekassen.

2.3.2.14 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Es wird die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln (z.-B. Krankenbett, Rollstuhl, Gehhilfen) übernommen. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel sind nicht eingeschlossen.

2.3.2.15 Tag- und Nachtwache

Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

2.3.2.16 Vermittlung einer Tierbetreuung

Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) wird eine Tierbetreuung vermittelt. Die Kosten des Tiertransportes zur und von der Betreuungsstätte und der Betreuung selbst sind nicht versichert.

2.3.2.17 Vermittlung einer Beratung bei Umbau von Wohnung / Kraftfahrzeug

Im Fall einer Dauerbehinderung der versicherten Person wird eine Beratung für den Behinderten gerechten Umbau der Wohnung / des Kraftfahrzeuges vermittelt. Die Kosten des Umbaus selbst sind nicht versichert.

2.3.3 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners / Verwandten 1. Grades

2.3.3.1 Voraussetzungen und Umfang der Leistung

Die Hilfe- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 2.3.2 werden auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte 1. Grades der versicherten Person erbracht, sofern und soweit die versicherte Person diese gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist.

Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person,
- für die zu pflegende Person wurde eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherungsicherung anerkannt.

2.3.3.2 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 2.3.2 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 2.3.3.1 erfüllt.

2.3.3.3 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu 6 Monate. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 2.3.3.5.

2.3.3.4 Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach Anerkennung. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.

2.3.3.5 Unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 enden spätestens 6 Monate nach dem Unfall der versicherten Person.

2.4 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen nach einem Unfall

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person tritt wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme von mindestens drei Wochen Dauer an.

Anschluss-Heilbehandlungen gelten nicht als Rehabilitationsmaßnahme im Sinne dieser Bedingungen.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Rehabilitationsmaßnahme und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.4.2 Höhe der Leistung:

2.4.2.1 Die Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen wird unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.5 Sofortleistung nach einem Unfall – nur soweit besonders beantragt und im Versicherungsschein ausgewiesen

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat einen Oberschenkelhalsbruch oder auf Grund eines Unfalls eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen, bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

2.5.2 Höhe der Leistung

Die Sofortleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.6 Unfall-Bergungskosten

Sofern im Versicherungsschein ausgewiesen, gilt:

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Infolge des Unfalles des Versicherten entstehen Kosten für

2.6.1.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,

2.6.1.2 einen Transport in das dem Unfallort nächstgelegene Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet worden ist,

2.6.1.3 Mehraufwand, der dadurch entsteht, dass der Verletzte an seinen ständigen Wohnsitz zurückkehrt, soweit dieser Mehraufwand auf ärztliche Anordnung entsteht oder nach der Art der Verletzung unvermeidbar ist.

2.6.1.4 die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Falle des unfallbedingten Todes des Versicherten.

2.6.2 Höhe der Leistung:

2.6.2.1 Wir übernehmen in den Fällen der Ziffern 2.6.1.1 bis 2.6.1.4 die entstandenen notwendigen Kosten bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages.

2.6.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dgl.), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie den gesamten Erstattungsanspruch unmittelbar gegen uns geltend machen.

2.6.2.3 Bestehen für den Versicherten bei uns mehrere Unfallversicherungen, können Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.6.2.4 Hat der Versicherte für Kosten nach Ziffer 2.6.1.1 bis 2.6.1.4 einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, übernehmen wir diese Kosten ebenfalls bis zur Höhe des im Versicherungsscheins festgelegten Betrages.

3 Welche Auswirkungen 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, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Das gilt jedoch nicht im Fall eines Oberschenkelhalsbruchs.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 35 Prozent, unterbleibt die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen, deren körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft zu 100 Prozent beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit ist die Einstufung in die Pflegestufe III der gesetzlichen Pflegeversicherung.

4.2 Wird die versicherte Person während des Bestehens der Versicherung dauernd pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 4.1, erlischt der Versicherungsschutz. Die Versicherung endet zu diesem Zeitpunkt.

4.3 Falls mehrere Personen durch einen Vertrag versichert sind, bleibt die Versicherung bezüglich dieser Personen bestehen.

4.4 Der für dauernd pflegebedürftige Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird zurückgezahlt.

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 epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn

- diese Störungen oder Anfälle durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren,
- eine Bewusstseinsstörung auf der fehlerhaften Einnahme ärztlich verordneter Medikamente beruht,
- eine Bewusstseinsstörung auf Trunkenheit mit einer Blutalkoholkonzentration zum Unfallzeitpunkt von bis zu 1,3 Promille beruht.

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

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

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

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser- und Maser- sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, die sich als Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 darstellen.
- Ausgeschlossen bleiben Schäden, die als Folge eines regelmäßigen Hantierens mit Strahlen erzeugenden Apparaten entstehen.
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 5.2.4 Infektionen
- 5.2.4.1 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
- Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen auf Insektenbisse oder -stiche,
 - Tollwut, Wundstarrkrampf und Wundinfektionen,

- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten sowie für
- Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge einer durch Zeckenbiss übertragenen Infektion (FSME, Borreliose) ergeben, sowie auch Gesundheitsschädigungen als Folge einer Schutzimpfung gegen FSME Zeckeninfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf. Leistungen im Rahmen dieser Erweiterung erbringen wir gemäß der nachstehenden Definition für FSME und Borreliose nur aus der vereinbarten Versicherungssumme für die Unfall-Rente (Ziffer 2.1).

Definition FSME, Borreliose

Voraussetzung für die Leistungserbringung

Die Krankheitserscheinungen müssen innerhalb von 3 Monaten nach dem Zeckenbiss auftreten. Der Nachweis für FSME und Lyme-Borreliose muss entsprechend den folgenden Kriterien erbracht werden:

a. FSME (= Früh-Sommer-Meningoenzephalitis)

Durch spezifische ARBO-Viren verursachte Hirnhaut- und Gehirnentzündung (Meningoenzephalitis). Die Übertragung erfolgt typischerweise durch Zecken in den bekannten Endemiegebieten.

Die Diagnose muss bestätigt werden durch:

- Zeckenbiss anamnestisch mit Datumsangabe
- Nachweis einer frischen Infektion durch eine Dokumentierung der typischen Antikörperspiegel im Verlauf der Erkrankung
- stationäre Behandlung einer Meningoenzephalitis
- fachärztlichen Nachweis neurologischer und / oder psychiatrischer Dauerfolgen durch FSME
- Aufenthaltsnachweis in einem eindeutigen Endemiegebiet

b. Lyme-Borreliose

Eine durch Zecken übertragene bakterielle entzündliche Infektionserkrankung mit Hautläsion, neurologischen, kardialen und / oder Gelenkmanifestationen.

Die Diagnose muss bestätigt werden durch:

- Zeckenbiss anamnestisch mit Datumsangabe
- klaren und eindeutigen Nachweis von Borrelia burgdorferi-DNA aus Synovia oder Liquor
- Nachweis einer frischen Infektion durch spezifische Antikörperspiegel gegen Borrelien (IgM und IgG)
- ärztliche Bestätigung des Krankheitsbildes / Stadiums durch eine fachneurologische Klinik
- fachärztlichen Nachweis neurologischer und / oder psychiatrischer Dauerfolgen durch Lyme-Borreliose

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 Gesundheitsschäden durch Nahrungsmittelvergiftungen.

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 Vollendung des 75. Lebensjahres während der Vertragsdauer beachten?

6.1 Vollendung des 75. Lebensjahres während der Vertragsdauer

6.1.1 Der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die vereinbarten Versicherungssummen richten sich nach dem Tarif für die jeweilige Altersgruppe. Vollendet die versicherte Person das 75. Lebensjahr, endet die Anwendung des Tarifes für bis 74-jährige Personen zur Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung des 75. Lebensjahres folgt. Es ist dann der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Personen ab einem Lebensalter von 75 Jahren ergibt.

6.1.2 Sie werden von uns über den veränderten Beitrag und über die ggf. veränderten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die Vertragsänderung erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

6.1.3 Im Falle der Beitragserhöhung können Sie den Vertrag kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Erhalt des Nachtrags zugehen. Die Kündigung muss in Schriftform erfolgen und ist an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung in Kraft treten würde.

6.1.4 Auf das Kündigungsrecht werden wir Sie in dem Nachtrag noch einmal hinweisen.

Der Leistungsfall

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

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

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

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

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

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

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Frist von 48 Stunden beginnt mit der Kenntnis des Versicherungsnehmers oder dessen Rechtsnachfolger.

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

7.6 Obliegenheiten für Hilfeleistungen nach einem Unfall – nur soweit die Hilfeleistungen ausdrücklich mitversichert sind

7.6.1 Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Dies gilt auch für die Personen, die gemäß Ziffer 2.3.3 unsere Leistungen erhalten.

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

7.6.3 Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen

Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

Es gilt nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallverletzungen nicht unverzüglich ein Arzt aufgesucht wird, sondern erst dann, sobald die Verletzungsfolgen als nicht geringfügig erkennbar sind.

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Hilfeleistungen – sofern beantragt und im Versicherungsschein ausgewiesen

Sobald Sie uns die Hilfebedürftigkeit der versicherten Person schlüssig dargelegt haben, werden die notwendigen Hilfeleistungen durch das Erstgespräch gemäß Ziffer 2.3.2.1 unverzüglich festgestellt und, soweit erforderlich, erbracht.

9.2 Geldleistungen

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

9.2.1 Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

9.2.2 beim Rentenanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit

es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bis zur Höhe des Dreifachen der vereinbarten Monatsrente.

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

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

9.2.5 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss

9.2.5.1 von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.2

9.2.5.2 von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

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

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden

Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach der 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 wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

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

Der Vertrag erlischt gemäß Ziffer 2.1.1.6 automatisch mit dem Tag des Unfalles, sobald der Versicherungsfall gemäß Ziffer 2.1 eingetreten ist.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und folgen verspäteter Zahlung / Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrages

fällig, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden, sofern nicht ein anderer Zeitpunkt vereinbart ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

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

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

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

11.3.4 Kündigung

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

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

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschrift-ermächtigung

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

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

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

11.5 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 Beitragszahlungen verlangen.

11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

12 Wann wird eine Beitragsanpassung durchgeführt?

12.1 Wir beauftragen einen Dienstleister mit der Erbringung von Hilfeleistungen gemäß Ziffer 2.3 dieser Bedingungen. Erhöht der Dienstleister die Vergütung seiner Leistungen um mehr als 5 Prozent und erfolgt deshalb eine Anpassung

des Tarifbeitrags der Hilfeleistungen für neue Verträge um mehr als 5 Prozent, sind wir berechtigt, Ihren Beitrag mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres bis zur Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben. Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens schriftlich mitgeteilt und Sie über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

12.2 Im Falle der Beitragserhöhung können Sie den Vertrag kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Erhalt der Änderungsmitteilung zugegangen sein. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Das Vertragsverhältnis endet dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung.

12.3 Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag für Hilfeleistungen für neue Verträge um mehr als 5 Prozent gesenkt wird, sind wir verpflichtet, den Beitrag vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages abzusenken.

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 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

14.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Anzeigen über gefahrerhebliche Umstände

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

auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

14.2 Rücktritt

14.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

14.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

14.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz

nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

14.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

14.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

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

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

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

14.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

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

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

14.4 Anfechtung

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

15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

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

16 Welches Gericht ist zuständig?

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

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

16.3 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.

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1 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.

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

Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.