Bayerischer Versicherungsverband
Versicherungsaktiengesellschaft

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Unfallversicherung

Stand: 01.01.2013, SAP-Nr. 33 21 04 09/22 as

Inhalt

I. Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen AUB Stand 01.01.2013

Die Vertragspartner

Der Versicherungsumfang
1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
2.1 Invaliditätsleistung
2.2 Unfall-Rente ab 50% Invalidität
2.3 Unfall-Rente ab 30% Invalidität
2.4 Unfall-Rente mit Dynamik im Leistungsfall
2.5 Unfall-Tagegeld
2.6 Verbessertes Krankenhaus-Tagegeld
2.7 Todesfallleistung
2.8 Bergungskosten
2.9 Kosmetische Operationskosten
2.10 Kurkosten
2.11 Familien-Vorsorgeversicherung
2.12 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit
2.13 Sofortleistung bei Erwerbsunfähigkeit
2.14 Sofortleistung bei Stimmverlust
3. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, bei Vollendung des 21. Lebensjahres, bei Vollendung des 65. Lebensjahres und Vollendung des 75. Lebensjahres 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 erlischt der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

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

Weitere Bestimmungen
12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
15. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?
16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
17. Welches Recht findet Anwendung?
18. Wann können diese Bedingungen angepasst werden?
19. Wie wird das Versicherungsjahr bestimmt?

II. Tarifbestimmungen

III. Zusatz- und Besondere Unfall-Versicherungsbedingungen
Es gelten nur die im Versicherungsschein vermerkten Bedingungen

Zusatzbedingungen für den AlltagsManager
Zusatzbedingungen für den RehaManager
Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung
Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung für Kinder und Jugendliche
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag – Dynamik
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung der Angehörigen des öffentlichen Dienstes
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Finanzdienstleistertarif

I. Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen AUB Stand 01.01.2013

Die Vertragspartner

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

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. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

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 oder ein Bauch- oder Unterleibsbruch eintritt;
1.4.2 eine Nahrungsmittelvergiftung sowie Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines kurz bemessenen Zeitraums (bis einige Stunden) ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerbekrankheiten sowie Alkoholvergiftungen mit einem Blutalkoholgehalt von über 2,5 Promille;
1.4.3 Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet, auch wenn diese bewusst in Kauf genommen wurden;
1.4.4 tauchtypische Krankheiten wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser;
1.4.5 eine Gesundheitsschädigung durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen sowie Gesundheitsschäden durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, soweit sich diese als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3 darstellen.
Nicht versichert sind Gesundheitsschäden, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten darstellen und Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten sind sowie Gesundheitsschäden durch Kernenergie (siehe Ziffer 5.1.6).
1.4.6 eine Infektion (z. B. Malaria oder Gelbfieber), bei der aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendwelche Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Nicht versichert sind zudem die durch den Beruf an sich bedingten infektiösen Schädigungen (Gewerbekrankheiten), insbesondere auch die bei der gewöhnlichen Einatmung während der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden infektiösen Schädigungen.

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden wegen allergischer Reaktionen in Folge von Insektenstichen.
Für Infektionen aufgrund von Zeckenstichen gilt zusätzlich:
Bei den Leistungsarten
- Invaliditätsleistung
- Unfall-Rente
- Todesfallleistung

beginnen die dort genannten Fristen nicht mit dem Unfall (Zeckenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt. Die Diagnose einer Lyme-Borreliose gilt als gesichert, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
- Ärztliche Bestätigung des Zeckenstichs,
- Diagnose einer Lyme-Borreliose durch einen Facharzt,
- Erhöhte IgM- und IgG-Antikörper im Serum, bei Neuroborreliose zusätzlich auch im Liquor.

Die Invalidität als Folge der Lyme-Borreliose ist fachärztlich nachzuweisen. Abweichend von den Ziffern 9.3 und 9.4 gilt folgendes:
– Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres seit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt (statt innerhalb eines Jahres ab dem Unfall) nur bis zur Höhe der vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt (statt innerhalb von drei Jahren ab dem Unfall), erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich die Frist von drei auf fünf Jahre.

1.4.7 wenn eine Schutzimpfung gegen eine nach Ziffer 1.4.6 versicherte Infektion eine Gesundheitsschädigung nach sich zieht. Als Impfschaden wird eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung angesehen, die innerhalb der zu erwartenden Inkubationszeit aufgetreten ist.
1.4.8 eine Gesundheitsschädigung durch Erfrierungen, selbst wenn diese nicht plötzlich auftreten.
1.4.9 eine Gesundheitsschädigung durch einen Sonnenbrand oder einen Sonnenstich, wenn dieser als Folge eines Unfalles auftritt.
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 Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung - sofern vereinbart
2.1.1 Voraussetzung 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 achtzehn Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von einundzwanzig 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 bildet die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	65 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	10 %
Verlust sämtlicher Finger einer Hand maximal	60 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	65 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	55 %
Gehör auf einem Ohr	35 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	50 %
Niere	25 %
beide Nieren	100 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	20 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.
2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall

oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall, und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.3 Sofortleistung
Folgende Leistungen aus der vereinbarten Invaliditätssumme (ohne Progression und Mehrleistung) zahlen wir, sobald uns nach Diagnosestellung durch ein ärztliches Attest die unfallbedingte Verletzung nachgewiesen wurde:

Schultereckgelenksprengung Tossy 2 – 3	5 %
Oberarmfraktur	5 %
Ellbogengelenksfraktur	5 %
Unterarmfraktur	5 %
Kahnbeinfraktur (Hand)	5 %
Oberschenkelfraktur	5 %
Kniescheibenfraktur	5 %
Kreuzbandruptur, komplett	5 %
Schienbeinfraktur	5 %
Sprunggelenksfraktur	5 %
Sprungbeinfraktur	5 %
Achillessehnenruptur, komplett	5 %
Mittelfußfraktur	5 %
Kompressionsfraktur 1 Wirbelkörper	5 %
Vordere oder hintere Beckenringfraktur	5 %
Schenkelhalsfraktur	10 %
Fersenbeinfraktur, operiert	10 %
Kompressionsfraktur, mehrerer, mindestens 2 Wirbelkörper	10 %

Liegen mehrere der - in vorstehender Tabelle - aufgeführten oder andere Verletzungen vor, so wird die Sofortleistung angemessen erhöht. Von einer später zu zahlenden Invaliditätsleistung (Feststellung der Invalidität nach Ziffer 2.1.1.1) wird die Sofortleistung abgezogen. Sofern die später zu zahlende Invaliditätsleistung geringer ist, wird die Sofortleistung nicht zurückgefordert. Besteht für die versicherte Person aufgrund des Unfalls akute Lebensgefahr, so ist die Sofortleistung auf die vereinbarte Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt.

2.1.4 Progressive Invaliditätsstaffel (350 %) - sofern vereinbart
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt. Darüber hinaus gilt Folgendes:

1. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.

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

2.1.5 Progressive Invaliditätsstaffel (500%) - sofern vereinbart
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt. Darüber hinaus gilt Folgendes:
1. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.

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

2.1.6 Progressive Invaliditätsstaffel (1000%) - sofern vereinbart
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser mindestens 60 % beträgt. Darüber hinaus gilt folgendes:
1. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 % aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.
3. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 14 % aus der Versicherungssumme.

Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%
26	30	51	160	76	424
27	35	52	170	77	448
28	40	53	180	78	472
29	45	54	190	79	496
30	50	55	200	80	520
31	55	56	210	81	544
32	60	57	220	82	568
33	65	58	230	83	592
34	70	59	240	84	616
35	75	60	250	85	640
36	80	61	260	86	664
37	85	62	270	87	688
38	90	63	280	88	712
39	95	64	290	89	736
40	100	65	300	90	760
41	105	66	310	91	784
42	110	67	320	92	808
43	115	68	330	93	832
44	120	69	340	94	856
45	125	70	350	95	880
46	130	71	360	96	904
47	135	72	370	97	928
48	140	73	380	98	952
49	145	74	390	99	976
50	150	75	400	100	1000

2.1.7 Mehrleistung ab 70% - sofern vereinbart
Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 ermittelt. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 60 % beträgt. Darüber hinaus gilt Folgendes:
Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 %, wird der Invaliditätsgrad mit dem Faktor 5 multipliziert.

Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%
70	350	81	405	92	460
71	355	82	410	93	465
72	360	83	415	94	470
73	365	84	420	95	475
74	370	85	425	96	480
75	375	86	430	97	485
76	380	87	435	98	490
77	385	88	440	99	495
78	390	89	445	100	500

Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
79	395	90	450		
80	400	91	455		

2.2 Unfall-Rente ab 50 % Invalidität - sofern vereinbart
2.2.1 Voraussetzung für die Leistung
2.2.1.1 Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 gegeben.
2.2.1.2 Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %. Die Höhe des Invaliditätsgrades ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, insbesondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung
2.2.3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir unter Berücksichtigung von Ziffer 9.3
– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
– monatlich im Voraus.
2.2.3.2 Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

2.3 Unfallrente ab 30 % Invalidität - sofern vereinbart
2.3.1 Voraussetzung für die Leistung
2.3.1.1 Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 gegeben.
2.3.1.2 Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 30 %. Die Höhe des Invaliditätsgrades ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person bei einem Invaliditätsgrad

von	eine Rente in Höhe von
30%	30% der vereinbarten Versicherungssumme
31%	31% der vereinbarten Versicherungssumme
32%	32% der vereinbarten Versicherungssumme
33%	33% der vereinbarten Versicherungssumme
34%	34% der vereinbarten Versicherungssumme
35%	35% der vereinbarten Versicherungssumme
36%	36% der vereinbarten Versicherungssumme
37%	37% der vereinbarten Versicherungssumme
38%	38% der vereinbarten Versicherungssumme
39%	39% der vereinbarten Versicherungssumme
40%	40% der vereinbarten Versicherungssumme
41%	41% der vereinbarten Versicherungssumme
42%	42% der vereinbarten Versicherungssumme
43%	43% der vereinbarten Versicherungssumme
44%	44% der vereinbarten Versicherungssumme
45%	45% der vereinbarten Versicherungssumme
46%	46% der vereinbarten Versicherungssumme
47%	47% der vereinbarten Versicherungssumme
48%	48% der vereinbarten Versicherungssumme
49%	49% der vereinbarten Versicherungssumme

Ab einem Invaliditätsgrad von 50 % zahlen wir die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, insbesondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
2.3.3 Beginn und Dauer der Leistung
2.3.3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir unter Berücksichtigung von Ziffer 9.3
– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
– monatlich im Voraus.
2.3.3.2 Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 30 % gesunken ist.

2.4 Unfall-Rente mit Dynamik im Leistungsfall - sofern vereinbart
Wir werden eine zu zahlende Unfall-Rente nach Ziffer 2.2 oder Ziffer 2.3, beginnend ab dem 2. Jahr nach dem Unfall, jährlich jeweils um 2 % erhöhen. Die Rente wird auf volle Euro aufgerundet.

2.5 Unfall-Tagegeld - sofern vereinbart
2.5.1 Voraussetzung für die Leistung: Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.
2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung
Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.
Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.6 Verbessertes Krankenhaus-Tagegeld - sofern vereinbart
2.6.1 Voraussetzung für die Leistung
2.6.1.1 Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Krankenhausheilbehandlung. Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger gelten nicht als medizinisch notwendige Krankenhausheilbehandlung.
2.6.1.2 Die versicherte Person unterzieht sich wegen des Unfalls anstelle einer vollstationären Krankenhausheilbehandlung einer ambulanten Operation.
2.6.2 Höhe und Dauer der Leistung
Das verbesserte Krankenhaus-Tagegeld wird
2.6.2.1 in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
2.6.2.2 in zweifacher Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt, wenn sich der Unfall im Ausland ereignete und die vollstationäre Behandlung im Ausland erfolgte, längstens jedoch für 30 Tage, vom Unfalltag an gerechnet.
2.6.2.3 bei ambulanten Operationen in zweifacher Höhe der vereinbarten Versicherungssumme bis zu drei Kalendertagen gezahlt.
2.6.2.4 nach der Entlassung aus der vollstationären Krankenhausheilbehandlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Leistungen nach Ziffer 2.6.1.1 erbracht wurden, längstens für 100 Tage.

2.7 Todesfallleistung - sofern vereinbart
2.7.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin. Der Unfalltod gilt auch als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt ist. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
2.7.2 Höhe der Leistung
Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.8 Bergungskosten - sofern vereinbart
2.8.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten und ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht für die Kosten nach Ziffer 2.8.2.
2.8.2 Art der Leistung
2.8.2.1 Wir ersetzen die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach konkreten Umständen zu vermuten war.
2.8.2.2 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
2.8.2.3 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

2.8.2.4 Wir ersetzen die zusätzlichen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Lebenspartner der versicherten Person.
2.8.2.5 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
2.8.2.6 Wir ersetzen die Kosten für die Nutzung einer Druckkammer nach Tauchunfällen oder bei einer Höhenkrankheit.
2.8.3 Höhe der Leistung
2.8.3.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.
2.8.3.2 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.

2.9 Kosmetische Operationskosten - sofern vereinbart
2.9.1 Voraussetzung für die Leistung
2.9.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
2.9.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
2.9.1.3 Wir leisten auch Ersatz für angemessene Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch den unfallbedingten Verlust bzw. Teilverlust von natürlichen Zähnen entstanden sind.
2.9.1.4 Bestehen für die versicherte Person beim Versicherer mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.
2.9.1.5 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
2.9.2 Art und Höhe der Leistung
2.9.2.1 Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,

bei Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten jedoch maximal bis 10.000 Euro.

2.10 Kurkosten - sofern vereinbart
2.10.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall nach Ziffer 1 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.
Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
2.10.2 Höhe der Leistung
Die Leistung wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.

2.11 Familien-Vorsorgeversicherung - sofern vereinbart
2.11.1 Voraussetzung für die Leistung
Sie heiraten oder Sie bekommen Kinder.
2.11.2 Art und Höhe der Leistung für Ehegatten
Ihr Ehegatte ist ab dem Tag der Heirat für drei Monate mit den Versicherungssummen von 50.000 Euro Invaliditätsleistung und 10.000 Euro Todesfallleistung versichert.
Zeigen Sie uns die Heirat während der ersten drei Monate nach Eheschließung an, verlängert sich der Versicherungsschutz um weitere drei Monate.
2.11.3 Art und Höhe der Leistung für Kinder
Ihre Kinder sind ab dem Tag der Geburt für drei Monate mit den Versicherungssummen von 50.000 Euro Invaliditätsleistung und 10.000 Euro Todesfallleistung versichert.
Zeigen Sie uns die Geburt während der ersten drei Lebensmonate an, verlängert sich der Versicherungsschutz um weitere drei Monate. Erhalten wir innerhalb von drei Monaten ab Geburt einen Antrag auf Unfallversicherung für Ihr Kind, besteht stattdessen Versicherungsschutz mit den beantragten Versicherungssummen ohne Beitrag bis zum vollendeten ersten Lebensjahr.
2.11.4 Bestehen bei uns mehrere Unfallversicherungen mit Familien-Vorsorgeversicherung können Leistungen für hinzukommende Personen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
Für die Familien-Vorsorgeversicherung gelten diese Bedingungen und gegebenenfalls die Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung für Kinder und Jugendliche. Unberücksichtigt bleiben vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, Mehrleistungen im Invaliditätsfall oder zu Ziffer 2.1.2.2.1 abweichende Gliedertaxen.

2.12 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit - sofern vereinbart
2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung
Sie befinden sich in einem Arbeitsverhältnis und verlieren durch Kündigung Ihres Arbeitgebers Ihren Arbeitsplatz und melden sich bei dem zuständigen Arbeitsamt 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 Zweck der Umschulung in einen anderen Beruf geschlossen.
Das Arbeitsverhältnis besteht entweder seit mindestens 2 Jahren ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber oder es besteht seit einem 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.
2.12.2 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 den Ziffern 10 und 11 beitragsfrei bis zu 12 Monate weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Beitragsbefreiung geltenden Versicherungssummen. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Beitragsbefreiung erst mit dem Zugang des Nachweises. Die Beitragsbefreiung endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung. Bei erneuter Arbeitslosigkeit setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Beitragsbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde. Nach der Beendigung der Beitragsbefreiung wird der Vertrag unverändert, jedoch beitragspflichtig weitergeführt. Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

2.13 Sofortleistung bei Erwerbsunfähigkeit - sofern vereinbart
2.13.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person
- ist selbständig oder freiberuflich tätig und
- die Unfallfolgen führen für sich allein zu einer vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit.

Die unfallbedingten Verletzungen werden uns nach Diagnose durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.
2.13.2 Höhe der Leistung
Die Leistung wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.

2.14 Sofortleistung bei Stimmverlust - sofern vereinbart
2.14.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person
- ist selbständig oder freiberuflich tätig und
- erleidet einen Unfall, der zu einem vollständigen und dauerhaften Verlust der Stimme aufgrund Beschädigung oder Funktionsverlust des Stimmbandapparates führt.

Die unfallbedingten Verletzungen werden uns nach Diagnose durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.14.2 Höhe der Leistung
Die Leistung wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.

3. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 60 %, unterbleibt jedoch die Minderung.
Die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung haben wir nachzuweisen.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die nach Feststellung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder Sozialen Pflegeversicherung in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derartig eingeschränkt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend und auf Dauer fremde Hilfe bedürfen. Dies ist ab dem Datum der Einstufung in mindestens Pflegegrad 3 gegeben.
4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 4.1. nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.
4.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle
5.1.1 Unfälle der versicherten Person beim Lenken von Kraftfahrzeugen, wenn der Blutalkoholgehalt bei 1,1 Promille oder darüber liegt.
5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat (zum Beispiel nach Strafgesetzbuch oder Betäubungsmittelgesetz) 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 siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Ist die versicherte Person objektiv am Verlassen des Kriegsgebietes gehindert, erlischt der Versicherungsschutz erst am Ende des 14. Tages nach Kriegsbeginn.
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), wenn sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs 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 und deren Folgen sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen und deren Folgen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
5.2.2 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.
5.2.3 Infektionen, die nicht nach Ziffer 1.4.6 versichert sind.
5.2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht allerdings für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.
5.2.5 Bauch- oder Unterleibsbrüche und deren Folgen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung oder erhöhte Kraftanstrengung nach Ziffer 1.4.1 entstanden sind.

6. Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, bei Vollendung des 21. Lebensjahres, bei Vollendung des 65. Lebensjahres und Vollendung des 75. Lebensjahres beachten?
6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
6.1.1 Die Höhe der Versicherungssumme bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und des Beitrages ist die Gefahrengruppenzuordnung nach den für diesen Vertrag gültigen Tarifbestimmungen. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person (Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen, Bundesfreiwilligendienst sowie freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr fallen nicht darunter) müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen, weil die Höhe der Versicherungssummen maßgeblich von diesen Umständen abhängt.
6.1.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von einem Monat ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
6.1.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.
6.2 Vollendung des 21. Lebensjahres
6.2.1. Die Versicherung führen wir zum Kinder-Tarif bis zum Ende des Versicherungsjahres fort, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Erwachsene umgestellt. Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.
6.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.
6.3 Vollendung des 65. Lebensjahres
6.3.1 Die Versicherung führen wir zum Erwachsenen-Tarif bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Senioren I umgestellt. Der Beitrag bleibt dabei unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Senioren I-Tarifbeitrages zum bisherigen Beitrag.
6.3.2 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.
6.4 Vollendung des 75. Lebensjahres
6.4.1 Die Versicherung führen wir zum Senioren-Tarif I bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Senioren II umgestellt. Der Beitrag bleibt dabei unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Senioren II-Tarifbeitrages zum bisherigen Beitrag.
6.4.2 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall
7. Was müssen Sie nach einem Unfall beachten (Obliegenheiten)?
Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
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 sollen ermächtigt werden, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb vier Wochen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
Die Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

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

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
- bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe oder
- bei Unfall-Rente bis zu 5% der vereinbarten Monatsrente oder
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz oder
- bei Krankenhaus-Tagegeld bis zu einem Krankenhaus-Tagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist

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

Die Versicherungsdauer
10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann erlischt 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 Vertrags
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 in Textform zugegangen ist. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein. Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird. Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
10.4 Erlöschen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen
Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person 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. Gleichzeitig endet für die versicherte Person die Versicherung.

Der Versicherungsbeitrag
11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
11.2 Versicherungsbeginn, Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Den ersten oder einmaligen Beitrag müssen Sie – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
11.2.2 Späterer Versicherungsbeginn
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eingetreten sind, sind wir nur dann leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolgen der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben.
11.2.3 Rücktrittsrecht
Wir können vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Nach dem Rücktritt können wir von Ihnen eine Geschäftsgebühr verlangen.
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
11.3.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die

rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

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

11.3.4 Kündigung

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

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

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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 das SEPA-Lastschriftmandat 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 SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenes SEPA-Lastschriftverfahren können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

11.5 Folgen bei verspäteter Zahlung von Monats-, Vierteljahres- oder Halbjahresbeiträgen

Sind Monats-, Vierteljahres- oder Halbjahresbeiträge vereinbart, sind die noch ausstehenden Beiträge bis zum Ende des Versicherungsjahres sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung eines Beitrags in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

Weitere Bestimmungen

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

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

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

12.3 Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechts werden uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von Ihnen zu Lebenszeiten in Textform angezeigt worden sind.

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich. Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Uns steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

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

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

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

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

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

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

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

13.4 Erlöschen des Rechts

Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Abschluss des Vertrages ausüben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

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

14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
14.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
14.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht, soweit dieser Zeitraum nach Beginn der Verjährung liegt.

15. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

15.1 Beschwerdemöglichkeiten
Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

15.1.1 Versicherungsombudsmann
Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei
arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform
http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Geben Sie bitte im Beschwerdeformular folgende E-Mail-Adresse an: odr-Kommunikation@vkb.de. Diese E-Mail-Adresse dient ausschließlich der Kommunikation zwischen Europäischer Kommission und uns. Wenn Sie direkt mit uns in Kontakt treten wollen, nutzen Sie bitte unsere allgemeinen Kontaktadressen.

15.1.2 Versicherungsaufsicht
Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

15.2 Welches Gericht ist zuständig?
Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

15.2.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
15.2.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
15.2.3 Bei Wohnsitzwechsel ins Ausland ist
15.2.3.1 bei Klagen gegen das Versicherungsunternehmen örtlich das Gericht zuständig, in dem das Versicherungsunternehmen seinen Sitz hat.
15.2.3.2 bei Klagen gegen den Versicherungsnehmer das Gericht örtlich zuständig, in dem das Versicherungsunternehmen oder der Versicherungsvermittler seinen Sitz hat.

16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben. Sie sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
16.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17. Welches Recht findet Anwendung?
Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

18. Wann können diese Bedingungen angepasst werden?
Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist, oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.
Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerkes ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

19. Wie wird das Versicherungsjahr bestimmt?
Das Versicherungsjahr beginnt um Null Uhr des Tages des auf dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns und endet 12 Monate später zum Ablauf des Tages, welcher dem Tag des Monats des Versicherungsbeginns vorausgeht.

II. Tarifbestimmungen

Bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung einer versicherten Person beachten Sie bitte die folgenden wichtigen Hinweise (siehe auch Ziffer 6.1 AUB 2013 Stand 01.01.2013).
1. Eine Änderung der Berufstätigkeit (außer freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen, Bundesfreiwilligendienst sowie freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr) müssen Sie uns unverzüglich mitteilen, da sich die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags nach der Unfallgefahr richtet. Diese hängt maßgeblich von der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person ab. Bitte setzen Sie sich in jedem Fall mit uns in Verbindung, auch wenn Sie sich in der konkreten Situation über die Auswirkungen nicht sicher sind!
2. Der Beitrag richtet sich nach der beruflichen Tätigkeit; maßgebend ist nicht der erlernte, sondern der tatsächlich ausgeübte Beruf.

III. Zusatz- und Besondere Unfall-Versicherungsbedingungen

Zusatzbedingungen für den AlltagsManager

Diese Zusatzbedingungen gelten – soweit gesondert vereinbart - ergänzend zu den Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen AUB Stand 01.01.2013. Die AUB Stand 01.01.2013 gelten, soweit im Folgenden nichts Abweichendes geregelt ist.

1. Sofortleistung bei Schwerverletzungen
1.1 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen 5.000 Euro.

Dieser Betrag wird bei den schweren Verletzungen nach Ziffer 1.2 sofort nach Feststellung, jedoch frühestens nach 72 Stunden fällig, sofern nicht vorher der Unfalltod eintritt.

1.2 Voraussetzung für die Leistung
Sie erleiden einen Oberschenkelhalsbruch oder Sie erleiden als Folge eines Unfalls (Ziffer 1 AUB Stand 01.01.2013)

- eine Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- eine Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- eine Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20
- ein Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades
- eine Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
- eine Fraktur des Beckens
- Fraktur mit Gelenkbeteiligung (außer Finger und Zehen)
- Vollständige Lähmung eines Arms oder eines Beins
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen
- Kombination aus mindestens 2 der folgenden Verletzungen:
- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
  - Fraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper
  - gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs

2. Hilfeleistungen
2.1 Art und Umfang der Leistungen
Aus den folgenden Leistungen können Sie in jedem Versicherungsfall entsprechend ihrem persönlichen Bedarf bis zu acht wählen. Ein nachträglicher Wechsel der Leistungen innerhalb eines Versicherungsfalles ist nicht möglich.

Die Leistungen der Ziffern 2.1.1 bis 2.1.5 erbringen wir durch von uns beauftragte qualifizierte Dienstleister.

2.1.1 Hilfe zuhause
Wir **vermitteln und übernehmen die notwendigen und tatsächlich angefallenen Kosten** der beauftragten Dienstleister für
2.1.1.1 eine Haushaltshilfe zur Verrichtung der allgemein anfallenden Tätigkeiten im Haushalt (zum Beispiel Reinigung der Wohnung, Blumengießen, Hilfe bei der Nahrungszubereitung, Bügeln, Schuhpflege) einmal pro Woche bis vier Stunden.
2.1.1.2 die tägliche Anlieferung eines Menüs nach freier Auswahl aus dem Angebot unseres qualifizierten Dienstleisters inklusive der Kosten für das Menü.
2.1.1.3 die Besorgung der Einkäufe (Gegenstände des täglichen Bedarfs) sowie das Bringen und Abholen von Reinigungswäsche bis zweimal pro Woche.
Die Kosten für die eingekauften Sachen und die Reinigung der Wäsche werden nicht erstattet.
2.1.1.4 die unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Pflege des Gartens, der zur selbst genutzten Wohneinheit gehört. Die Kosten übernehmen wir bis 1.000 Euro je Schadenfall und Versicherungsjahr.

Wir **übernehmen die Kosten**
2.1.1.5 des Winter- und Streudienstes für Ihre selbstgenutzte Wohneinheit bis 1.000 Euro je Schadenfall und Versicherungsjahr. Die Auswahl und Organisation übernehmen Sie selbst.

2.1.2 Hilfe durch persönliche Betreuung
Wir **vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten** der beauftragten Dienstleister für
2.1.2.1 Fahrdienste zu Ärzten, Behörden und kulturellen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen bis 100 km je Fahrt bis zweimal pro Woche.
2.1.2.2 die Unterbringung und Versorgung von Haustieren, sofern keine gewerbliche Haltung vorliegt.
2.1.2.3 Installation eines Hausnotrufes einschließlich technischer Bereitstellung des medizinischen Hausnotrufdienstes (inklusive Schlüsselverwaltung).

2.1.3 Pflegebedürftige Angehörige
Die Leistungen der Ziffern 2.1.1 und 2.1.2 erbringen wir auch für einen Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder Verwandten 1. Grades, mit dem die versicherte Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und von ihr in häuslicher Pflege betreut wird. Voraussetzung ist, dass für die betreute Person vor dem versicherten Ereignis ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Person aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.
Werden Sachleistungen von der gesetzlichen Pflegeversicherung übernommen, erbringen wir nur insoweit Leistungen, als diese nicht von der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht werden. Wenn Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, enden unsere Leistungen abweichend von Ziffer 2.3 einen Monat, nachdem die Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung einsetzt.

2.1.4 Hilfe durch Pflege
Wir **vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten**
2.1.4.1 der beauftragten Dienstleister für einen ambulanten Kurzzeitpflegedienst zur Grundpflege nach ärztlicher Verordnung. Dazu gehört
- im Bereich Körperpflege das Waschen, das Duschen, das Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren sowie die Darm- und Blasenentleerung;
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie die Aufnahme der Nahrung;
- im Bereich der Mobilität das Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, das An- und Auskleiden, das Gehen, das Stehen, das Treppensteigen sowie das Verlassen und das Wiederaufsuchen der Wohnung.

Die Kosten der gesamten Kurzzeitpflege übernehmen wir bis 1.000 Euro je Schadenfall und Versicherungsjahr.
Wenn Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, enden unsere Leistungen.
2.1.4.2 für Seminare für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige, um die zur Pflege notwendigen Fertigkeiten zu erlernen. Die Kosten übernehmen wir bis 1.000 Euro je Schadenfall und Versicherungsjahr.

Wir **vermitteln**
2.1.4.3 große Pflegehilfsmittel (zum Beispiel Spezialbett, Gehhilfe) über Sanitätsgeschäfte.

2.1.5 Hilfe für Kinder
Wir **vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten** der beauftragten Dienstleister für
2.1.5.1 die Betreuung der versicherten Kinder, wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, dazu nicht in der Lage ist. Die Leistung erfolgt bis vier Wochen bis zehn Stunden am Tag.
2.1.5.2 Fahrdienste der versicherten Kinder zur Schule, zu Sport- oder sonstigen Veranstaltungen, die die Kinder regelmäßig besuchen, wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig fährt, dazu nicht in der Lage ist. Die Fahrtkosten übernehmen wir bis 100 km je Fahrt bis vier Wochen.
2.1.5.3 eine Lernhilfe bis zwei Stunden am Tag für die versicherten Kinder,
· wenn der Elternteil, der die Kinder regelmäßig betreut, dazu nicht in der Lage ist,
· wenn für das Kind die Voraussetzungen nach Ziffer 2.2 vorliegen.
Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt beginnen die Leistungen bereits mit der Einlieferung ins Krankenhaus.

2.1.6 Hilfe im Urlaub und im Ausland
2.1.6.1 Wir organisieren die Reisebuchung für den Besuch (Hin- und Rückreise) durch eine nahestehende Person, wenn sich die versicherte Person infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung länger als zwei Wochen ununterbrochen in einem Krankenhaus im Ausland aufhalten muss. Die Kosten der Reise übernehmen wir bis 1.000 Euro.
2.1.6.2 Wir **vermitteln** einen Dolmetscher, der telefonische Hilfestellung gibt, wenn eine sprachliche Unterstützung im Ausland möglich und notwendig ist. Die Kosten des Dolmetschers übernehmen wir bis 1.000 Euro.

2.1.7 Ausschlüsse
Die Ausschlüsse nach Ziffer 5.2 AUB Stand 01.01.2013 gelten für die unter Ziffer 2.1.1 bis 2.1.5 aufgeführten Hilfeleistungen nicht.

2.2 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person ist nach
· einem Unfall nach Ziffer 1 AUB Stand 01.01.2013 oder
· einer ambulanten Operation oder
· einem stationärem Krankenhausaufenthalt
nicht in der Lage, die in Ziffer 2.1.1.bis 2.1.6 mit Hilfeleistungen verbundenen Verrichtungen jeweils
· selbst zu erledigen oder

· für andere, für die diese Alltagsaktivitäten regelmäßig erbracht werden, zu leisten. Dies gilt für in häuslicher Gemeinschaft lebende Familienmitglieder, Lebensgefährten und eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, für die ebenfalls bei uns der AlltagsManager vereinbart ist.
Die Fähigkeit der versicherten Person muss jeweils so maßgeblich beeinträchtigt sein, dass fremde Hilfe unerlässlich ist. Dies ist uns durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
Die Hilfeleistung für die anderen versicherten Personen wird bereits mit der Einlieferung ins Krankenhaus der versicherten Person, auf die die Leistungsvoraussetzungen zutreffen, erbracht.

2.3 Dauer der Leistung
Die Hilfeleistungen werden während der Beeinträchtigung (Ziffer 2.1) erbracht, längstens für sechs Monate.
Die Hilfeleistungen sind pro Versicherungsjahr insgesamt auf sechs Monate beschränkt.

2.4 Geltungsbereich
Die Leistungen der Ziffern 2.1.1 bis 2.1.5 erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

3. Welche Personen sind nicht versicherbar?
3.1 Ergänzend zu Ziffer 4.1 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen AUB Stand 01.01.2013 sind dauernd pflegebedürftige Personen im Sinne der gesetzlichen Pflegepflicht-versicherung oder Sozialen Pflegeversicherung ab dem Datum der Einstufung in mindestens Pflegegrad 2 nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert.
3.2 Der Versicherungsschutz aus diesen Zusatzbedingungen entfällt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 3.1 nicht mehr versicherbar ist.
3.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag für den in diesen Zusatz-bedingungen beschriebenen Versicherungsschutz zahlen wir zurück.

4. Ärztliche Gebühren
Gebühren für ärztliche Atteste, welche Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs nach Ziffer 1 und/oder Ziffer 2 entstehen, übernehmen wir bis 20 Euro.

5. AlltagsManager für Kinder und Jugendliche
5.1 Die Versicherung führen wir zum Kinder-Tarif bis zum Ende des Versicherungsjahres fort, in dem das versicherte Kind das 21. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Erwachsene umgestellt und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus unserem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Erwachsene ergibt.
5.1.2 Auf Ihren Wunsch schließen wir den AlltagsManager aus dem Vertrag aus und der Beitrag reduziert sich entsprechend.
5.2 Haben Sie bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von Ziffer 10.2 der AUB Stand 01.01.2013 Folgendes: Sterben Sie während der Versicherungsdauer, so wird der AlltagsManager bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem der Tarif für Kinder und Jugendliche nach Ziffer 5.1 endet. Das gilt nicht, wenn Ihr Tod durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde oder die Versicherung bereits gekündigt war. Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

6. Was müssen Sie bei Vollendung des 65. Lebensjahres und Vollendung des 75. Lebensjahres beachten?
6.1 Vollendung des 65. Lebensjahres
6.1.1 Die Versicherung führen wir zum Erwachsenen-Tarif bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Senioren I umgestellt und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus unserem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Senioren I ergibt.
6.1.2 Auf Ihren Wunsch schließen wir den AlltagsManager aus dem Vertrag aus und der Beitrag reduziert sich entsprechend.
6.2 Vollendung des 75. Lebensjahres
6.2.1 Die Versicherung führen wir zum Senioren-Tarif I bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Senioren II umgestellt und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus unserem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Senioren II ergibt.
6.1.2 Auf Ihren Wunsch schließen wir den AlltagsManager aus dem Vertrag aus und der Beitrag reduziert sich entsprechend.

Zusatzbedingungen für den RehaManager

Diese Zusatzbedingungen gelten – soweit gesondert vereinbart - ergänzend zu den Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen AUB Stand 01.01.2013. Die AUB Stand 01.01.2013 gelten - soweit im Folgenden nichts Abweichendes geregelt ist.

1. Art und Umfang der Leistung
1.1 Beratungs- und Betreuungsleistungen
Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten fachlich qualifizierten Vertragspartner erbracht.

1.1.1 Persönliche Betreuung
Nach dem Unfall wird unser Berater mit der versicherten Person zeitnah nach der Unfallmeldung bei uns einen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch wird unser Berater entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung erstellen. Im Rahmen des persönlichen Besuches, der zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha-Einrichtung durchgeführt wird, wird mit der verletzten versicherten Person – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten – die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Ärzte die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik vermittelt.
Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten bzw. Therapeuten. Unsere Berater bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an die Sozialversicherungsträger an. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die gesetzliche oder private Pflegeversicherung.

1.1.2 Medizinische Reha-Beratung
Nach dem Unfall nimmt unser Berater Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung besteht. Dabei kommt der Maßstab von § 34 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch zur Anwendung.

Im Rahmen der Höchstentschädigungsgrenze übernehmen wir die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.3 Hilfsmittelversorgung
Unser Berater klärt den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickelt mit der versicherten Person, den Ärzten und Therapeuten ein Versorgungskonzept, das mit den zuständigen Kostenträgem abgestimmt wird. Mit diesen wird auch die Kostenübernahme abgestimmt.
Die notwendigen Hilfsmittel sollen bei Entlassung in den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen.
Liegt wegen der Folgen des Unfalls die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln vor, übernehmen wir die dadurch entstehenden Kosten, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.4 Mobilitätssicherung
Bei Bedarf berät unser Berater über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität und über Umbaumaßnahmen des Autos der versicherten Person.

Ist die versicherte Person infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Autos angewiesen, übernehmen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters die Kosten für die behinderungsgerechte Gestaltung des eigenen Autos, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Diese vorgenannten Kosten erstatten wir Ihnen auch, wenn Sie sich alternativ ein vergleichbares behinderungsgerechtes Ersatzfahrzeug anschaffen.

Ist die versicherte Person infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens zwar nicht dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Autos angewiesen, ist sie aber

infolge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens vorübergehend auf ein behindertengerechtes Auto angewiesen oder zumindest nicht in der Lage, das eigene Auto zu nutzen, stellen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters eine geeignete Alternative zur Verfügung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.5 Wohnungsberatung
Ist infolge des Unfalls eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung bzw. des Eigentums nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät unser Berater bei der Umgestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums oder unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objektes. In diesen Fällen übernehmen wir auch die Kosten zur behinderungsgerechten Gestaltung des Wohnumfelds, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.6 Berufliche Reha-Beratung
Unser Berater unterstützt die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten und hilft der versicherten Person bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.
Im Rahmen der Betreuung bieten wir der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach Stellenangeboten bzw. einem neuen Arbeitsplatz an, einschließlich individuellem Bewerbungstraining. Bei Eignung wird eine selbstständige Tätigkeit der versicherten Person insbesondere durch eine kontinuierliche Begleitung während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase, gefördert.
Im Rahmen der Höchstentschädigung übernehmen wir die Kosten für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.

1.1.7 Pflegeberatung
Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen werden wir mit der verletzten versicherten Person, deren Ärzten, Therapeuten und Angehörigen die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abstimmen. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen.

Wir unterstützen die versicherte Person bei der Auswahl des Pflegedienstes oder der Pflegepersonen.

1.2 Kostenübernahme
Die in Ziffer 1.1.2. –1.1.6 genannten Kosten für Heil- und Reha-Maßnahmen übernehmen wir

bis 100.000 Euro,

soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere einer Krankenkasse oder einem anderen Leistungsträger übernommen werden.
Die Verteilung des Gesamtbetrags auf die einzelnen Leistungen erfolgt entsprechend der Empfehlung unseres Beraters.

2. Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 50 % führt. Dieser wird durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt. Die Höhe des Invaliditätsgrads wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 AUB Stand 01.01.2013 und Ziffer 3 AUB Stand 01.01.2013 ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrads unberücksichtigt.

3. Dauer der Leistung
Die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 1 werden längstens für eine Dauer von zwei Jahren nach dem Unfall erbracht.
Sie enden aber vorzeitig, wenn der voraussichtlich zu erwartende Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist. Bereits erbrachte Leistungen werden von uns nicht zurückgefordert.

4. Ausschlüsse
Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn Sie oder die versicherte Person selbst einen Dienstleister für die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 1 dieser Zusatzbedingungen auswählen.

5. Obliegenheiten
In Ergänzung zu Ziffer 7 AUB Stand 01.01.2013 sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen nach Ziffer 1 dieser Zusatzbedingungen notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.
Wird eine Obliegenheit vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

6. RehaManager für Kinder und Jugendliche
6.1 Die Versicherung führen wir zum Kinder-Tarif bis zum Ende des Versicherungsjahres fort, in dem das versicherte Kind das 21. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Erwachsene umgestellt. Sie haben dann folgendes Wahlrecht:
6.1.1 Für den RehaManager ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus unserem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Erwachsene ergibt.
6.1.2 Der RehaManager wird aus dem Vertrag ausgeschlossen und der Beitrag reduziert sich entsprechend.
6.1.3 Haben Sie Ihr Wahlrecht nach Ziffer 6.1.1 und Ziffer 6.1.2 nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach Ziffer 6.1.1 fort.
6.2 Haben Sie bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von Ziffer 10.2 der AUB Stand 01.01.2013 Folgendes: Sterben Sie während der Versicherungsdauer, so wird der RehaManager bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem der Tarif für Kinder und Jugendliche nach Ziffer 6.1 endet. Das gilt nicht, wenn Ihr Tod durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde oder die Versicherung bereits gekündigt war. Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

7. Was müssen Sie bei Vollendung des 65. Lebensjahres und Vollendung des 75. Lebensjahres beachten?
7.1 Vollendung des 65. Lebensjahres
7.1.1 Die Versicherung führen wir zum Erwachsenen-Tarif bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Senioren I umgestellt und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus unserem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Senioren I ergibt.
7.1.2 Auf Ihren Wunsch schließen wir den RehaManager aus dem Vertrag aus und der Beitrag reduziert sich entsprechend.
7.2 Vollendung des 75. Lebensjahres
7.2.1 Die Versicherung führen wir zum Senioren-Tarif I bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet. Danach (zum Ende des Versicherungsjahres) wird der Vertrag der erhöhten Gefahr entsprechend auf den Tarif für Senioren II umgestellt und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus unserem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Senioren II ergibt.
7.1.2 Auf Ihren Wunsch schließen wir den RehaManager aus dem Vertrag aus und der Beitrag reduziert sich entsprechend.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1. Versicherungen ohne Namensangabe
1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.
1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig. Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir

diese Angaben für jede Gruppe getrennt. Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt, und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.
1.4 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2. Versicherungen mit Namensangabe
2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind, wie die der bereits versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.
2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.
2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.
2.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet. Unberührt hiervon bleibt Ihre Verpflichtung, uns das Ausscheiden der versicherten Person rechtzeitig anzuzeigen. Für Land und Forstwirte gilt diese Regelung für mitversicherte Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) des Versicherungsnehmers, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner bzw. Lebensgefährten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr nicht.

3. Versicherungsdauer (Zusatz zu Ziffer 10 AUB Stand 01. 01. 2013)
3.1 Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung in Textform beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.
Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.
Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Konkurs- oder Vergleichsverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgelehnt wird.

4. Kosten des Versicherungsnehmers für den Arbeitsplatzumbau
- sofern vereinbart
4.1 Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person ist durch einen Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Wegen dieser Invalidität ist es der versicherten Person nicht möglich, ihrer Tätigkeit ohne Einschränkungen nachzugehen. Durch den Umbau des Arbeitsplatzes kann die berufliche Tätigkeit wieder ganz oder teilweise aufgenommen werden. Der Arbeitsplatzumbau muss innerhalb von zwei Jahren nach Unfall bei uns geltend gemacht werden und ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet (Subsidiarität).
4.2 Art und Höhe der Leistung
Unser Berater unterstützt den Versicherungsnehmer bei der Umgestaltung und Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes zur Wiedereingliederung der versicherten Person in das Berufsleben unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten.
Wir ersetzen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme die nachgewiesenen Kosten für den Umbau des Arbeitsplatzes nach Maßgabe unseres Beraters.

5. Höchstversicherungssummen beim Fluggastrisiko
Für das Fluggastrisiko gelten die vereinbarten Versicherungssummen. Die Höchstversicherungssummen je Unfallereignis beim Fluggastrisiko für alle betroffenen Personen betragen
22.000.000 Euro Invaliditätsleistung (Vollinvalidität)
11.000.000 Euro Todesfallleistung.

Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung für Kinder und Jugendliche

1. Rooming-In
Soweit Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.6 AUB Stand 01.01.2013 besteht und ein Elternteil zur Betreuung mit stationär aufgenommen wird (Rooming-In), wird pro Übernachtung ein Betrag in Höhe von 30 Euro gezahlt, längstens jedoch für ein Jahr vom Unfalltag an gerechnet.
2. Vollwaisenrente
Sterben beide versicherte Elternteile/Sorgeberechtigte innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisenrente an alle versicherten Kinder. Die Vollwaisenrente zahlen wir monatlich in Höhe des zehnfachen Nettojahresbeitrages, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 1.000 Euro pro Monat und Kind. Die Vollwaisenrente wird letztmalig für den Monat gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 21. Lebensjahr vollendet.
3. Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers
Haben Sie bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von Ziffer 10.2 der AUB Stand 01.01.2013 Folgendes: Sterben Sie während der Versicherungsdauer, so wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem der Tarif für Kinder und Jugendliche nach Ziffer 6.2.1 der AUB Stand 01.01.2013 endet.
Das gilt nicht, wenn Ihr Tod durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde oder die Versicherung bereits gekündigt war. Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag – Dynamik – sofern vereinbart

1. Wir erhöhen die Versicherungssummen (jährlich) um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 %. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder mit ihm übereinstimmt.
2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend Euro,
- Unfallrente auf volle Zehn Euro,
- Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld auf volle Euro.
3. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eingetretenen Leistungsfälle.
4. Die Versicherungssummen für Bergungskosten, kosmetische Operationskosten, Kurkosten, Familien-Vorsorgeversicherung, Kosten für den Arbeitsplatzumbau und Sofortleistungen bei Schwerverletzungen, Erwerbsunfähigkeit und Stimmverlust, werden nicht erhöht.
5. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.
Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
6. Sie und wir können diese Zuwachsvereinbarung (auch) für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung der Angehörigen des öffentlichen Dienstes

1. Der Sondertarif kann nur gewährt werden, solange der/die Versicherungsnehmer(in) im öffentlichen Dienst beschäftigt ist. Sind die Eheleute Versicherungsnehmer, so muss mindestens einer der Ehepartner im öffentlichen Dienst beschäftigt sein. Ab Wegfall der Beschäftigung im Öffentlichen Dienst ist dann der Normaltarif zu entrichten. Durch diese Tarifänderung entsteht kein außerordentliches Kündigungsrecht.
2. Der Sondertarif entfällt nicht bei Ausscheiden aus dem aktiven Dienst-/Arbeitsverhältnis wegen Ruhestand/Rente durch Erreichen der Altersgrenze, Vorruhestand oder Dienst-/Arbeitsunfähigkeit.
3. Der Sondertarif gilt auch für den hinterbliebenen Ehepartner, sofern er nicht berufstätig ist.

Bitte beachten Sie folgende Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen ihrer Verletzung:
1. Nach Wegfall der Voraussetzungen für die Gewährung des Sondertarifs hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb eines Monats in Textform anzuzeigen.
2. Entfallen die Voraussetzungen, die für den Sondertarif bestimmend waren, ist ab diesem Zeitpunkt der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem jeweils gültigen Tarif ergibt.
3. Trennen sich die Eheleute und zieht ein Ehepartner aus der gemeinsamen Wohnung aus, so gilt bei der notwendigen Vertragsteilung der

Sondertarif nur für denjenigen Ehepartner weiter, der tatsächlich im öffentlichen Dienst beschäftigt bzw. wegen Ruhestand/Rente durch Erreichen der Altersgrenze, Vorruhestand oder Dienst-/Arbeitsunfähigkeit aus dem aktiven Dienst-/Arbeitsverhältnis ausgeschieden ist. Durch diese Tarifänderung entsteht kein außerordentliches Kündigungsrecht für den betroffenen Ehepartner.
4. Hat der Versicherungsnehmer die unter Ziffer 1 genannte Anzeigepflicht verletzt, so richten sich die Rechtsfolgen – soweit in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen keine besonderen Regelungen hierzu bestehen – nach den gesetzlichen Regelungen zur Gefahrerhöhung des Versicherungsvertragsgesetzes (§§ 23–27 oder für die Unfallversicherung auch § 181 VVG).

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Finanzdienstleistertarif

Der Vertrag wird zum Finanzdienstleistertarif (FDL) für folgenden berechtigten Kundenkreis geführt.
1. Festangestellte Mitarbeiter von
a) Kreditinstituten im Sinne des Kreditwesengesetzes
b) Versicherungsunternehmen im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes
c) Bausparkassen
d) Sparkassenverbänden
e) Genossenschaftsverbänden
f) gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsträgern
g) der Bayerischen Versorgungskammer
h) Tochterunternehmen im mehrheitlichen Eigentum der unter a) bis g) genannten Institutionen
2. Selbständige Versicherungsvermittler (§ 84 HGB) und Versicherungsmakler sowie deren festangestellte Mitarbeiter.
3. Sparkassen-Verwaltungsratsmitglieder.
4. Pensionäre und Rentner, die unmittelbar vor ihrem Eintritt in den Ruhestand dem in Ziff. 1und 2 genannten Personenkreis angehörten.
5. Nicht berufstätige versorgungsberechtigte Witwen/Witwer von Personen, die zum Zeitpunkt ihres Todes dem in Ziff. 1, 2 und 4 genannten Personenkreis angehörten.
6. Familienangehörige von Personen, die dem in Ziff. 1, 2 und 4 genannten Personenkreis angehören; Voraussetzung ist, dass die Familienangehörigen nicht erwerbstätig sind und mit den vorgenannten Personen in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihnen unterhalten werden.

Bitte beachten Sie hierzu folgende Hinweise zu den Tarifvoraussetzungen:
1. Der Finanzdienstleistertarif gilt, solange der/die Versicherungsnehmer(in) dem berechtigten Kundenkreis angehört. Sind die Eheleute Versicherungsnehmer, so muss mindestens einer der Ehepartner dem berechtigten Kundenkreis angehören.
2. Der Finanzdienstleistertarif entfällt nicht bei Ausscheiden aus dem aktiven Dienst-/Arbeitsverhältnis durch Ruhestand/Rente wegen Erreichen der Altersgrenze, Vorruhestand oder Dienst-/Arbeitsunfähigkeit.
3. Der Finanzdienstleistertarif gilt auch für den hinterbliebenen Ehepartner, sofern er nicht berufstätig ist.
4. Trennen sich die Ehepartner und wird das Anwesen auf einen Ehepartner überschrieben, der nicht FDL-Tarif berechtigt ist, entfällt dieser Tarif mit der Eintragung der Auflassung im Grundbuch.
5. Wird das Anwesen veräußert (auch vorgezogene Erbfolge zu Lebzeiten) oder vererbt und ist der Erwerber/Erbe nicht FDL-Tarif berechtigt, entfällt dieser Tarif mit der Eintragung der Auflassung im Grundbuch.

Bitte beachten Sie folgende Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen ihrer Verletzung:
1. Nach Wegfall der Voraussetzungen für die Gewährung des FDL-Tarifs hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb eines Monats in Textform anzuzeigen.
2. Entfallen die Voraussetzungen, die für den Finanzdienstleistertarif bestimmend waren, ist ab diesem Zeitpunkt der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem jeweils gültigen Tarif ergibt.
3. Hat der Versicherungsnehmer die unter Ziffer 1 genannte Anzeigepflicht verletzt, so richten sich die Rechtsfolgen – soweit in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen keine abweichenden Regelungen hierzu bestehen – nach den gesetzlichen Regelungen zur Gefahrerhöhung des Versicherungsvertragsgesetzes (§§ 23–27 VVG oder für die Unfallversicherung auch § 181 VVG).