

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2021), Ausgabe Mai 2025

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2021) legen zusammen mit dem Versicherungsschein den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest und sind wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrags.

Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

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

Die in den Bedingungen genutzten personenbezogenen Formulierungen schließen im Sinne der Gleichbehandlung alle Geschlechter ein.

Ihre Unfallversicherung

Wer ist wer?

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

Inhaltsverzeichnis:

Versicherungsumfang	2
1. Was ist versichert?	2
2. Welche Leistungserweiterungen sind enthalten?	3
3. Welche Leistungsarten und Leistungsbausteine können vereinbart werden?	4
4. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	10
5. Welche Personen sind nicht versicherbar?	10
6. Was ist nicht versichert?	10
7. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	12
Leistungsfall	12
8. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	12
9. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	13
10. Wann sind die Leistungen fällig?	13
Die Versicherungsdauer	13
11. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	13
Der Versicherungsbeitrag	14
12. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	14
Sind Tarifierungen möglich?	14
Weitere Bestimmungen	15
13. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	15
14. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	15
15. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	16
16. Welche außergerichtliche Verbraucherschlichtungsstelle können Sie in Anspruch nehmen? Welches Gericht ist zuständig?	16
17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	17
18. Welches Recht findet Anwendung?	17
19. Embargobestimmung (Sanktionsklausel)	17
20. Wann sind Bedingungsänderungen möglich?	17

Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gilt/ gelten auch,

1.4.1 wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine andere Eigenbewegung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder Wirbelsäule verrenkt.

Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder, Menisken oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Beispiel: Der versicherten Person reißt beim Tragen einer schweren Waschmaschine ein Muskel im Oberarm.

Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

- einen Knochen bricht.

Beispiel: Die versicherte Person knickt beim Gehen ohne erkennbare äußerliche Ursache um und bricht sich das Fußgelenk.

- einen Bauch- oder Unterleibsbruch zuzieht.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens im Alltag, Beruf oder beim Sport hinausgeht. Maßgeblich sind dabei die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.4.2 wenn die versicherte Person einen Oberschenkel- oder einen Oberarmbruch erleidet, unabhängig von der Ursache.

Ein Oberschenkelbruch in diesem Sinne liegt vor, wenn der Oberschenkel – einschließlich Oberschenkelkopf, der Große Rollhügel oder der Oberschenkelhals – gebrochen ist.

Ein Oberarmbruch in diesem Sinne liegt vor, wenn der Oberarm – einschließlich Oberarmkopf – gebrochen ist.

1.4.3 Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines kurz bemessenen Zeitraums (bis zu einigen Stunden) ausgesetzt war.

Darüber hinaus sind auch Vergiftungen durch Gase, Dämpfe und Sporen versichert, die bei allmählicher Einwirkung entstehen.

Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufskrankheiten).

1.4.4 Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet.

1.4.5 tauchtypische Krankheiten der versicherten Person, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie unfreiwilliger Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

1.4.6 wenn die versicherte Person durch den Entzug von Flüssigkeit oder Nahrung eine Gesundheitsschädigung erleidet oder stirbt.

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

1.4.7 Erfrierungen, die sich die versicherte Person in unentrinnbaren Gefahrensituationen zugezogen hat.

1.4.8 Gesundheitsschäden, die die versicherte Person durch extreme Witterungsbedingungen (Frost, Sonneneinstrahlung usw.) als Folge eines versicherten Unfallereignisses erleidet.

1.4.9 wenn das Unfallereignis, das eine Gesundheitsschädigung nach sich zieht, durch einen akuten Herzinfarkt oder akuten Schlaganfall verursacht wurde. Die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Die Leistung wird in diesem Fall nicht um den Anteil der Mitwirkung der Erkrankung gekürzt.

1.4.10 Infektionen, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen werden und sich die versicherte Person mit einer der folgenden Infektionskrankheiten infiziert:

- Borreliose oder FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis)
- Brucellose
- Enzephalitis
- Fleckfieber
- Gelbfieber
- Malaria
- Meningitis
- Pest
- Tetanus (Wundstarrkrampf)
- Tollwut

Diese Infektion wird über ein ärztliches Attest nachgewiesen. Bei Infektionen beginnen die Fristen für den Eintritt, die Feststellung, die Neubemessung und die Geltendmachung einer Invalidität abweichend von Ziff. 3.1.1.1 nicht mit dem Unfallereignis, sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

1.4.11 wenn eine Schutzimpfung gegen eine nach Ziff. 1.4.10 versicherte Infektion bzw. wenn eine empfohlene Schutzimpfung der Ständigen Impfkommision (STIKO) einen Gesundheits-/ Impfschaden nach sich zieht.

Die Empfehlungen zu Schutzimpfungen werden von der Ständigen Impfkommision (STIKO) veröffentlicht.

- Als Impfschaden wird eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsbeeinträchtigung angesehen. Der Impfschaden muss frühestens einen Monat nach Beginn oder spätestens einen Monat nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrags erstmalig ärztlich festgestellt werden. Diese ärztliche Feststellung gilt als Unfalltag.
- 1.4.12 sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen).
- 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.
Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziff. 4.), nicht versicherbaren Personen (Ziff. 5.) sowie zu den Ausschlüssen (Ziff. 6.).
2. **Welche Leistungserweiterungen sind enthalten? Welche Fristen und sonstige Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungserweiterungen?**
- 2.1 Unfallberater
Über unsere Service-Hotline steht Ihnen ein Unfallberater zur Verfügung. Dieser informiert und berät bei allen Fragen zu den versicherten Leistungen und unterstützt Sie im Versicherungsfall.
- 2.2 Familien-Vorsorge
Neu hinzukommende Familienangehörige der versicherten Person sind für einen Zeitraum von 12 Monaten beitragsfrei mitversichert.
- 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistungen
Sie heiraten, gehen eine eingetragene Lebenspartnerschaft ein oder
Sie bekommen leibliche Kinder oder adoptieren Kinder.
- 2.2.2 Art, Höhe und Dauer der Leistungen
- Der hinzugekommene Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner ist ab dem Tag der Heirat bzw. dem Tag der Eintragung,
- die hinzugekommenen leiblichen oder adoptierten Kinder sind ab dem Tag der Geburt oder Adoption
für 12 Monate versichert.
Die Versicherungssummen betragen
- 50.000 EUR für den Invaliditätsfall,
- 5.000 EUR für den Todesfall,
- 5.000 EUR für Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze.
Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen mit Familien-Vorsorge, werden nur aus einem Vertrag Leistungen für hinzukommende Personen erbracht.
Unberücksichtigt bleiben vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln und die verbesserte Gliedertaxe.
- 2.3 Leistungen für Kinder
Die Leistungen gemäß Ziff. 2.3.1 bis Ziff. 2.3.6 übernehmen wir, sofern das versicherte Kind zum Zeitpunkt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
Diese Leistungen können nur aus einem Vertrag verlangt werden, sofern für das versicherte Kind bei uns mehrere Unfallversicherungen bestehen.
- Ziff. 3.1 und Ziff. 3.2 werden wie folgt ergänzt:
- 2.3.1 Bonusleistung Invalidität
- 2.3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
Das versicherte Kind hat einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten, welcher sich auf dem Gelände der Schule bzw. der Kindertagesstätte des versicherten Kindes ereignete.
- 2.3.1.2 Höhe der Leistung
Wir erhöhen die aus der vereinbarten Versicherungssumme und dem Grad der unfallbedingten Invalidität berechnete Leistung um 25 %.
Wir erbringen eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziff. 3.1 und für die Unfallrente gemäß Ziff. 3.2, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.
- Ziff. 3 wird wie folgt ergänzt:
- 2.3.2 Vollwaisenrente bei Tod beider Elternteile
- 2.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Beide Elternteile, die das versicherte Kind erziehen, sind infolge desselben Unfalles im Sinne von Ziff. 1 innerhalb eines Jahres nach dem Unfall gestorben.
- 2.3.2.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen eine monatliche Vollwaisenrente in Höhe von 1/240 der Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung und in Höhe von 2/5 der monatlichen Unfallrente, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden.
- 2.3.2.3 Dauer der Leistung
Die Vollwaisenrente wird letztmalig für den Monat gezahlt, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 2.3.3 Halbwaisenrente bei Tod eines Elternteils
- 2.3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
Ein Elternteil, der das versicherte Kind erzieht, ist infolge eines Unfalles im Sinne von Ziff. 1 innerhalb eines Jahres nach dem Unfall gestorben.
- 2.3.3.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen eine monatliche Halbwaisenrente in Höhe von 1/480 der Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung und in Höhe von 1/5 der monatlichen Unfallrente, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden.
- 2.3.3.3 Dauer der Leistung
Die Halbwaisenrente wird letztmalig für den Monat gezahlt, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 2.3.4 Rooming-In-Leistung
- 2.3.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Das versicherte Kind befindet sich nach einem Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Ein Elternteil übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in).
- 2.3.4.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen pro Übernachtung einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 25 EUR, maximal 500 EUR je Versicherungsfall.
Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.

2.3.5 Nachhilfeunterricht bei Schulunfähigkeit

2.3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind kann wegen eines unter den Vertrag fallenden Unfalles im Sinne von Ziff. 1 nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen (Schulunfähigkeit).

Die Schulunfähigkeit wird durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.3.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für den Nachhilfeunterricht bei einem anerkannten Nachhilfeler oder -institut bis zu 25 EUR je Tag der Schulunfähigkeit, maximal 1.500 EUR je Versicherungsfall.

Die Leistung beginnt ab dem 15. Tag der Schulunfähigkeit. Mehrere Ausfälle wegen desselben Unfalles werden wie eine ununterbrochene Schulunfähigkeit gewertet.

2.3.6 Haushaltshilfe/Kindermädchen/Tagesmutter/Fahrdienst

2.3.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der das versicherte Kind beaufsichtigende Elternteil ist wegen eines Unfalles im Sinne von Ziff. 1 mindestens für 7 Tage in medizinisch notwendiger vollstationärer Krankenhausheilbehandlung und daher nicht in der Lage, für die erforderliche Versorgung und Beaufsichtigung des Kindes zu sorgen.

Die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausheilbehandlung wird durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

Keiner der weiteren Mitbewohner des betreffenden Haushaltes ist in der Lage, die Versorgung und Beaufsichtigung des versicherten Kindes zu übernehmen.

2.3.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter bis zu 25 EUR je Tag der vollstationären Krankenhausheilbehandlung.

Weiterhin übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für Fahrdienste z. B. zum Kindergarten, der Schule, zum Nachhilfeunterricht, zu Arztterminen oder zum Vereinssport, bis zu 25 EUR je Tag der vollstationären Krankenhausheilbehandlung.

Die Kosten werden bis maximal 1.500 EUR je Versicherungsfall übernommen.

2.4 Mitversicherung von Lebensrettern

Für Personen, die nicht über diesen Vertrag versichert sind, besteht Versicherungsschutz, sofern sie bei der Rettung einer über diesen Vertrag versicherten Person einen Unfall erleiden.

Die Versicherungssummen für Lebensretter: 50.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Mehrleistungen oder Progression) und 5.000 EUR für den Todesfall stehen zusätzlich zur Verfügung.

2.5 Mitreisende Enkelkinder

Geht der Versicherungsnehmer mit einem oder mehreren minderjährigen Enkelkindern (müssen nicht versicherte Personen sein) auf eine mehrtägige Urlaubsreise, sind diese während der Reise bis zu drei Monate mitversichert.

Die Versicherungssummen betragen

- 50.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Mehrleistungen oder Progression),
- 5.000 EUR für den Todesfall,
- 5.000 EUR für Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.

2.6 Aktualitätsgarantie

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag für neu abgeschlossene Verträge geändert, so gelten die Inhalte der neuen Versicherungsbedingungen mit deren Inkrafttreten auch für diesen Vertrag.

3. Welche Leistungsarten und Leistungsbausteine können vereinbart werden?

Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten und Leistungsbausteine?

Leistungsarten der Unfallversicherung

Im Folgenden beschreiben wir die verschiedenen Leistungsarten (Ziff. 3.1 bis 3.7) und deren Voraussetzungen. Es gelten immer nur die Leistungsarten und die Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

Die Regelungen zur Kündigung nach Ziff. 11 gelten für den gesamten Vertrag, jedoch nicht für einzelne Leistungsarten.

3.1 Invaliditätsleistung

3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

3.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung des Zustandes nicht zu erwarten ist.

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

3.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

3.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

- Beispiel:* Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.
- 3.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
In diesem Fall zahlen wir eine Todesfalleistung (Ziff. 3.5), sofern diese vereinbart ist.
- 3.1.2 Art und Höhe der Leistung
- 3.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.
Grundlage für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
 - der unfallbedingte Invaliditätsgrad.
- Beispiel:* Bei einer Versicherungssumme von 100.000 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 EUR.
- 3.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads
Der Invaliditätsgrad richtet sich
- nach der Gliedertaxe (Ziff. 3.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
 - ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist (Ziff. 3.1.2.2.2).
- Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziff. 10.4).
- 3.1.2.2.1 Gliedertaxe
Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die hier genannten Invaliditätsgrade:
- | | |
|--|------|
| Arm | 70 % |
| Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65 % |
| Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 60 % |
| Hand | 55 % |
| Daumen | 20 % |
| Zeigefinger | 10 % |
| anderer Finger | 5 % |
| Bein über Mitte des Oberschenkels | 70 % |
| Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 60 % |
| Bein bis unterhalb des Knies | 50 % |
| Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 45 % |
| Fuß | 40 % |
| große Zehe | 5 % |
| andere Zehe | 2 % |
| Auge | 50 % |
| Gehör auf einem Ohr | 30 % |
| Geruchssinn | 10 % |
| Geschmackssinn | 5 % |
- Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.
- Beispiel:* Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 % (=ein Zehntel von 70 %).
- 3.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe
Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.
Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.
- 3.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität
Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziff. 3.1.2.2.1 und Ziff. 3.1.2.2.2 bemessen.
Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.
Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 % (=ein Zehntel von 70 %). Diese 7 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 %.
- 3.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane
Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.
Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.
- 3.1.2.2.5 Mehrleistung bei Kopfverletzungen
Wir erhöhen den unfallbedingten, festgestellten Invaliditätsgrad um 10 %, wenn sich die versicherte Person bei der Ausübung von sportlichen Aktivitäten, wie z. B. Fahrradfahren, Skifahren, Inline-Skaten, Skateboarden, Reiten etc. eine Kopfverletzung zuzieht und zum Unfallzeitpunkt nachweislich einen geeigneten Helm getragen hat.
Beispiel: Durch einen Unfall mit einer Kopfverletzung wird ein Invaliditätsgrad von 50 % festgestellt. Berücksichtigt werden 55 %.
Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
Diese Mehrleistung gilt nicht für das Führen von Kraftfahrzeugen.
- 3.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person
Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziff. 3.1.1.4), und
 - die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziff. 3.1.1 sind erfüllt.

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

3.1.3 Weitere Leistungen bei Invalidität

3.1.3.1 Sofortleistung bei Schwerverletzungen (Invaliditätsleistung)

Bei schweren Verletzungen bieten wir Ihnen gemäß den nachfolgenden Regelungen schnelle finanzielle Hilfe, die unabhängig von einer späteren Invaliditätsleistung gezahlt wird.

3.1.3.1.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person hat bei einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziff. 1 eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation, mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- c) Schädel-Hirn-Verletzungen mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung
- d) schwere Mehrfachverletzung / Polytrauma:
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten
(Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch)

oder

- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen, die zu dauerhaften – mittels geeigneter Befunde ggf. Bildgebung zweifelsfrei nachgewiesenen – Beeinträchtigungen führen,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 Bruch eines langen Röhrenknochens,
 Bruch des Beckens,
 Bruch der Wirbelsäule,
 gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.
- e) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- f) Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

Die Verletzungsfolgen sind innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und die Sofortleistung ist von Ihnen innerhalb dieser Frist bei uns geltend gemacht worden.

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

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

3.1.3.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung als Kapitalbetrag einmal je Versicherungsfall in Höhe von 20 % der Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung, max. 25.000 EUR.

3.1.3.2 Rehabilitationsleistung

3.1.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige stationäre Kur- oder Sanatoriumsbehandlung oder eine stationäre bzw. ganztägige ambulante Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger durchgeführt, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Diese Rehabilitationsmaßnahme muss vom gesetzlichen Rehabilitationsträger genehmigt sein.

Krankenhausheilbehandlungen gemäß Ziff. 3.4.1 gelten nicht als Kur- oder Sanatoriumsbehandlung oder medizinische Rehabilitationsmaßnahme.

Ein Dritter ist ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

3.1.3.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir übernehmen die nachgewiesenen, medizinisch notwendigen und von der versicherten Person selbst getragenen Kurkosten einmal je Versicherungsfall in Höhe von max. 5.000 EUR.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.

3.2 Unfallrente

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziff. 3.1.1 und 3.1.2.2.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziff. 3.1.2.3.

3.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

3.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

3.2.3.2 Wir zahlen die Unfallrente

- bis zum Ende des 3. Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziff 10.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

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

3.2.4	Weitere Leistungen zur Unfallrente				Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.
3.2.4.1	Sofortrente				
3.2.4.1.1	Voraussetzungen für die Leistung		3.4	Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	
	Die versicherte Person hat eine Unfallrente vereinbart sowie einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten und		3.4.1	Voraussetzungen für die Leistung	Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
	- bei der Soforteinschätzung nach Eingang des Arztberichtes wird festgestellt, dass infolge des Unfalles eine voraussichtlich dauernde Invalidität von mindestens 50 % besteht;				Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger sowie Kuren oder Aufenthalte in Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
	oder		3.4.2	Höhe und Dauer der Leistung	
	- ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres nach dem Unfall gestorben;		3.4.2.1	Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für 6 Jahre ab dem Tag des Unfalls.	
	oder		3.4.2.2	Wenn sich der Unfall im Ausland ereignete und die vollstationäre Behandlung im Ausland erfolgte, zahlen wir das Krankenhaustagegeld in zweifacher Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, längstens für 20 Tage.	
	- ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall gestorben (unabhängig von der Todesursache). Voraussichtlich hätte eine dauernde Invalidität von mindestens 50 % bestanden.				Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.
3.2.4.1.2	Art und Höhe der Leistung		3.4.2.3	Wenn die versicherte Person unfallbedingt in ein Koma (schwerste Form der quantitativen Bewusstseinsstörung) gefallen oder aus medizinischer Notwendigkeit dorthin versetzt worden ist (Langzeitnarkose als medikamentös herbeigeführte Bewusstseinsminderung), zahlen wir für die Zeit des Komas das Krankenhaustagegeld in zweifacher Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, längstens für die Dauer von 52 Wochen.	
	Die Sofortrente ist begrenzt auf das Zwölfwache der vereinbarten monatlichen Unfallrente.				Das Vorliegen des Komas ist durch einen objektiven, am aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen.
	Die Auszahlung der Sofortrente erfolgt in monatlichen Beträgen, auf Wunsch erhalten Sie diese auch als Kapitalbetrag.		3.4.2.4	Nach Entlassung der versicherten Person aus der vollstationären Krankenhausheilbehandlung zahlen wir für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben, ein Genesungsgeld in Höhe des Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für 100 Tage.	
	Wird die Sofortrente in Anspruch genommen, zahlen wir die Unfallrente abweichend von Ziff. 3.2.3.1 erst ab dem 13. Monat, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Unfalles.		3.4.3	Leistung bei ambulanten Operationen	Bei ambulanten chirurgischen Operationen zahlen wir abweichend zu Ziff. 3.4.1 und Ziff. 3.4.2 das Krankenhaustagegeld in zweifacher Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für drei Kalendertage.
3.2.4.2	Sofortleistung bei Schwerverletzung (Unfallrente)				Eine ambulante chirurgische Operation ist ein Eingriff, der unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie erfolgt. Eine reine Wundversorgung fällt nicht hierunter.
3.2.4.2.1	Voraussetzungen für die Leistung		3.4.4	Leistung bei Aufenthalt in Rehabilitationszentren	Für unfallbedingte und medizinisch notwendige vollstationäre Aufenthalte in Rehabilitationszentren (medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger) zahlen wir abweichend zu Ziff. 3.4.1 und Ziff. 3.4.2 die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, längstens für die Dauer von 60 Tagen.
	Es gelten die Voraussetzungen gemäß Ziff. 3.1.3.1.1 entsprechend.				
3.2.4.2.2	Art und Höhe der Leistung		3.5	Todesfall-Leistung	
	Wir zahlen die Sofortleistung als Kapitalbetrag einmal je Versicherungsfall in Höhe von 12 Monatsrenten, max. 25.000 EUR.		3.5.1	Voraussetzungen für die Leistung	Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dazu die Verhaltensregeln nach Ziff. 8.5.
3.3	Tagegeld				
3.3.1	Voraussetzungen für die Leistung				
	Die versicherte Person ist unfallbedingt				
	- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und				
	- in ärztlicher Behandlung.				
3.3.2	Höhe und Dauer der Leistung				
	Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind				
	- die vereinbarte Versicherungssumme und				
	- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.				
	Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich				
	- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.				
	- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, sofern sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.				
	Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.				
	<i>Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des Tagegeldes.</i>				

3.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3.5.3 Todesfallleistung bei Verschollenheit

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.

3.6 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

3.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurück gehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
- für Heimfahrt- oder Unterbringung, die zusätzlich entstehen, bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Lebenspartner der versicherten Person oder- für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland oder
- für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland oder
- in Ergänzung zu Ziff. 1.4.5, für einen notwendigen Aufenthalt in einer Dekompressionskammer, sofern dies nach einem Tauchgang notwendig wird, entstanden.

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

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

3.6.2 Art und Höhe der Leistung

3.6.2.1 Wir erstatten nachgewiesene und nachweislich nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3.6.2.2 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.

3.7 Kosten für kosmetische Operationen

3.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören alle natürlichen Zähne zum äußeren Erscheinungsbild. Nicht versichert sind Reparaturen an und Wiederherstellung von

herausnehmbaren Zähnen, Gebissen und Implantaten.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt oder Zahnarzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

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

3.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare, medizinisch notwendige Hilfs- und/oder Heilmittel und sonstige Operationskosten;
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus;
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Leistungsbausteine der Unfallversicherung

Im Folgenden beschreiben wir die verschiedenen Leistungsbausteine (Ziff. 3.8 bis 3.10) und deren Voraussetzungen. Es gelten immer nur die Leistungsbausteine und die Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

Die Regelungen zur Kündigung nach Ziff. 11 gelten für den einzelnen Leistungsbaustein entsprechend.

Wird die Unfallversicherung von Ihnen oder uns gekündigt, erlischt auch der mit der Unfallversicherung verbundene Leistungsbaustein automatisch zum gleichen Zeitpunkt, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

3.8 Schmerzensgeld

3.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat infolge eines Unfalls

- einen Knochenbruch oder
- eine vollständige Zerreißung eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule erlitten.

Kein Versicherungsschutz besteht bei Zerreißung des Meniskus oder der Bandscheiben. Insoweit handelt es sich nicht um Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln.

3.8.2 Art und Höhe der Leistung

Das Schmerzensgeld zahlen wir in folgender Höhe:

a) Knochenbruch (Fraktur)

- ein oder mehrere Wirbel, Becken, Hüfte, Oberschenkel- oder Oberarmbruch 2.500 EUR
- Arm, Schulter, Hand, Bein, Fuß 1.500 EUR
- Finger, Zehe, sonstige Brüche 250 EUR

b) Zerreißung (Ruptur)

- Kreuzband, Achillessehne 1.500 EUR
- Fuß, sonstige Zerreißungen 250 EUR

Führt ein Unfall zu mehreren Verletzungen im Sinne von Ziff. 3.8.1, zahlen wir das Schmerzensgeld für jede dieser Verletzungen. Höchstens zahlen wir jedoch bis zu insgesamt 2.500 EUR für alle Verletzungen zusammen.

- 3.8.3 Soweit eine unfallbedingte Gesundheitsschädigung der versicherten Person vorliegt, jedoch die Voraussetzungen gemäß Ziff. 3.8.1 nicht erfüllt sind, erstatten wir einmal je Versicherungsfall 50 EUR für nachgewiesene Kosten (z. B. Fahrtkosten, Zuzahlungen zu Heil- und Hilfsmitteln).
- 3.9 Unfall-Assistance
- 3.9.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Hat die versicherte Person einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziff. 1 erlitten, übernehmen wir bei Bedarf die notwendigen Leistungen gemäß Ziff. 3.9.5. Die Alltagsaktivität der versicherten Person muss so maßgeblich beeinträchtigt sein, dass für die Haushaltsführung Hilfe unerlässlich ist. Uns ist die Beeinträchtigung der Alltagsaktivität der versicherten Person nachzuweisen, z. B. durch ein ärztliches Attest.
- 3.9.2 Geltungsbereich
- Die Assistance-Leistungen erbringen wir ausschließlich am ständigen Wohnsitz der versicherten Person innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- 3.9.3 Dauer der Leistungen
- Die Assistance-Leistungen nach 3.9.5 werden für die Dauer der maßgeblichen Beeinträchtigung der versicherten Person erbracht, längstens für 6 Monate je Versicherungsfall.
- 3.9.4 Obliegenheiten
- In Ergänzung zu Ziff. 8 sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen nach Ziff. 3.9.5 notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben. Verletzen Sie oder die versicherte Person diese Obliegenheit, so sind wir unter den in Ziff. 9 beschriebenen Voraussetzungen ganz oder teilweise leistungsfrei.
- 3.9.5 Art und Umfang der Leistungen
- Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht. Wir übernehmen die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister. Unsere Leistung ist je Versicherungsfall begrenzt auf den jeweils vereinbarten Betrag und/oder die vereinbarte Frequenz.
- 3.9.5.1 Haushaltsnahe Assistance-Leistungen
- Wir organisieren:
- Anlieferung einer täglichen Hauptmahlzeit nach freier Auswahl aus dem Angebot unserer qualifizierten Dienstleister inklusive der Kosten für das Menü.
 - Besorgung von Einkäufen (Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs) bis zu zweimal pro Woche. Die Kosten der Gegenstände des Einkaufs werden nicht erstattet.
 - Abholung und Anlieferung der Reinigungswäsche/der Gardinen bis zu zweimal pro Woche. Die Reinigungskosten selbst werden nicht erstattet.
 - eine Haushaltshilfe zur Verrichtung der allgemeinen Tätigkeiten zur Reinigung der Wohnung/des Hauses (Blumengießen, Hilfe bei der Nahrungszubereitung, Bügeln, Schuhpflege) einmal pro Woche im erforderlichen Umfang für maximal 5 Stunden.
- einen Gartenservice zur Verrichtung der unbedingt anfallenden Tätigkeiten zur Instandhaltung des Gartens (z. B. Rasenmähen, Heckenschnitt), der zur selbst genutzten Wohneinheit gehört, bis zu zweimal im Monat
 - Installation eines Hausnotrufes einschließlich technischer Bereitstellung des medizinischen Hausnotrufdienstes (inkl. Schlüsselverwaltung) einmal je Versicherungsfall.
- 3.9.5.2 Personenbezogene Assistance-Leistungen
- Wir organisieren:
- Einsatz von examinierten Krankenschwestern und -pflegern, staatlich anerkannten Altenpflegern und Pflegehelfern bzw. Unternehmen, die die Leistungen der ambulanten Grundpflege nach ärztlicher Verordnung einmal täglich zur Verfügung stellen. Die Kosten werden je Versicherungsfall bis zu einer Höhe von 500 EUR übernommen.
 - Fahrdienste zu Ärzten und Behörden wöchentlich bis zu einer gesamten Fahrstrecke von 100 km.
- 3.9.6 Ausschlüsse
- Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn Sie oder die versicherte Person selbst einen Dienstleister für die vereinbarten Leistungen nach Ziff. 3.9.5 auswählen.
- 3.10 Genesungsmanager
- Sofern Sie es wünschen, unterstützt der Genesungsmanager nach dem Unfall und während der gesamten Genesungsdauer zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit längstens für die Dauer von zwei Jahren nach dem Unfall.
- 3.10.1 Voraussetzungen für die Leistungen
- Die versicherte Person hat einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziff. 1 mit einer Gesundheitsschädigung erlitten, durch welche eine medizinische Behandlung notwendig wird (z. B. bei Frakturen langer Röhrenknochen, des Beckens oder der Wirbelsäule, Verletzungen an Gelenken, gewebserstörende Schäden an Organen). Der durch den Unfall entstandene individuelle Bedarf an Unterstützungsleistungen wird anhand der Art und Schwere der Verletzungsfolgen durch unsere medizinisch geschulten Spezialisten ermittelt.
- 3.10.2 Dauer der Leistung
- Die vereinbarten Leistungen nach Ziff. 3.10.4 werden längstens für eine Dauer von zwei Jahren nach dem Unfall erbracht. Die Leistungen enden vorzeitig, soweit eine unfallbedingte medizinische Behandlung nicht mehr notwendig ist.
- 3.10.3 Obliegenheiten
- In Ergänzung zu Ziff. 8 sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte, Unterlagen und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen nach Ziff. 3.10.4 notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Dienstleister gegenüber abzugeben. Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- Verletzen Sie oder die versicherte Person diese Obliegenheit, so sind wir unter den in Ziff. 9 beschriebenen Voraussetzungen ganz oder teilweise leistungsfrei.

3.10.4 Umfang der Leistungen

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder einen von uns beauftragten Dienstleister innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn Sie oder die versicherte Person selbst einen Dienstleister beauftragen bzw. auswählen.

Wir unterstützen im Bedarfsfall mit folgenden Leistungen:

3.10.4.1 Beratung und medizinische Unterstützung

In einem ausführlichen Telefonat wird gemeinsam mit einem medizinisch geschulten Spezialisten eine Analyse der persönlichen Situation vorgenommen und zu möglichen Unterstützungsleistungen beraten. Dazu können je nach Bedarf gehören z. B. Informationen zur Möglichkeit einer ärztlichen Zweitmeinung oder die Nennung und Vermittlung von kompetenten Dienstleistern. Wir informieren weiterhin über mögliche Ansprüche gegenüber deutschen Sozialversicherungsträgern und unterstützen Sie bei der Beantragung.

Bei Bedarf erfolgt eine aktive telefonische Begleitung zur Sicherstellung der Nachbehandlung und frühzeitigen Erkennung von Komplikationen und -risiken. Soweit erforderlich, wird gemeinsam mit der versicherten Person oder ihren Angehörigen ein persönlicher Behandlungs- und Rehabilitationsplan erstellt und die Beantragung medizinischer Rehabilitation unterstützt. Bei andersorts bereits festgestellten Komplikationen oder beim Erkennen von Komplikationsrisiken im Heilungsverlauf erfolgt eine ärztliche Begleitung, Beratung und Steuerung. In diesem Zusammenhang beraten wir auch zu erforderlichen Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Gehhilfen) und zusätzlichen medizinischen Therapien und Heilmitteln (z. B. Physiotherapie, Osteopathie).

3.10.4.2 Reha-Management

Nach Unfällen mit voraussichtlich dauernden, schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (z. B. schwere Mehrfachverletzungen, Schädel-Hirn-Verletzungen, Querschnittslähmung) werden in Ergänzung zu Ziff. 3.10.4.1 Leistungen des Reha-Managements erbracht.

Bei einem Vor-Ort-Besuch wird die versicherte Person – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte – entsprechend der individuellen Bedürfnisse zu den Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation bzw. Weiterbehandlung und Wiedereingliederung beraten. In der Folge unterstützen wir während der Genesungsdauer bei allen Themen rund um die medizinische Nachbehandlung, Hilfsmittelversorgung, Mobilitätssicherung, Wohnungsberatung, berufliche Wiedereingliederung und Pflegeberatung.

3.10.4.3 Kostenübernahme für ärztlich verordnete Leistungen und Hilfsmittel

Für ärztlich verordnete Leistungen sowie Heil- und Hilfsmittel gemäß Ziff. 3.10.4.1 und 3.10.4.2 erstatten wir die nachgewiesenen und nicht von Dritten, insbesondere von Sozialversicherungsträgern, übernommenen Kosten bis zu einer Höhe von insgesamt 5.000 EUR.

Kosten für Zuzahlungen zu Leistungen von Sozialversicherungsträgern oder Zahnersatzkosten werden nicht übernommen.

4. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

4.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.

4.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

4.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.
- bei der Todesfall-Leistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt 5 %.

4.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, nehmen wir keine Minderung vor.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 40 % mitgewirkt. Eine Anrechnung der Mitwirkung unterbleibt.

5. Welche Personen sind nicht versicherbar?

5.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die gesundheitlich bedingte schwere oder schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen, sodass sie für die gewöhnlich regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend und auf Dauer fremder Hilfe bedürfen. Dies gilt insbesondere für Personen mit schwerer oder schwerster Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Sinne der Grade 3 bis 5 der sozialen Pflegeversicherung.

5.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziff. 5.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.

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

6. Was ist nicht versichert?

6.1 Ausgeschlossene Risiken

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

6.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese

- alkoholbedingt sind und der Unfall mit einer Blutalkoholkonzentration ab 1,3 Promille beim Führen von Kraftfahrzeugen, ab 1,6 Promille beim Radfahren und ab 2,0 Promille bei sonstigen Unfällen eintritt, oder

- auf der Einnahme von sonstigen Drogen oder Rauschmitteln beruhen.
 Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.
Beispiele: Die versicherte Person
 - kommt unter Alkoholeinfluss von 1,4 Promille mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
 - balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Gelände und stürzt ab.
- 6.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
Ausnahme:
 Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen sind versichert, wenn die versicherte Person nicht an den Gewalttätigkeiten aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht aufseiten der Unruhestifter. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
- 6.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
Ausnahme:
 Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht. Dieser Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Die Ausnahme gilt nicht
 - bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht;
 - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg;
 - für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.
 In diesen Fällen gilt der Ausschluss.
- 6.1.4 Unfälle der versicherten Person
 - als Führer eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt
Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
 - bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuüben sind;
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.
- 6.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahmen an Rennen mit Motorfahrzeugen.
 Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.
 Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- Ausnahme:
 - Unfälle der versicherten Person bei der aktiven Teilnahme an genehmigten Rennen mit Motorfahrzeugen, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist;
Beispiel: Fahren mit Leihkarts auf einer Indoorkart-Anlage ist versichert.
 - Unfälle der versicherten Person bei Stern-, Orientierungs- und Zuverlässigkeitsfahrten, bei denen es allein um das Einhalten einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht.
 In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.
- 6.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 6.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
 Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:
 - 6.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Ausnahme:
 - Ein Unfallereignis nach Ziff. 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
 In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
 - 6.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen
Ausnahme:
 Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, Röntgen- und Laserstrahlen, soweit sie nicht Folge von regelmäßigem Umgang mit strahlenerzeugenden Apparaten sind.
 - 6.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und therapeutische Handlungen.
Ausnahme:
 - die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
 - für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
 In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Beispiel: Sie erleiden einen Unfall und lassen die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
 - 6.2.4 Infektionen und deren Folgen
Ausnahme:
 Die versicherte Person infiziert sich
 - mit Tollwut oder Wundstarrkrampf
 - mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
 - durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziff. 6.2.3)
 - durch einen Insektenstich oder durch ein Tier verursachte Hautverletzung nach Ziff. 1.4.10

- durch eine Schutzimpfung nach Ziff. 1.4.11

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Wir erbringen eine Leistung bei Infektionen nur für die Invaliditätsleistung gemäß Ziff. 3.1 und für die Todesfallleistung gemäß Ziff. 3.5, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere versicherte Leistungsarten findet dies keine Anwendung.

- 6.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen, durch die versehentliche Einnahme eines für den menschlichen Verzehr nicht vorgesehenen festen oder flüssigen Stoffes durch den Schlund.

Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Medikamente, Drogen, Rausch- und Genussmittel.

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

Beispiele:

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

Ausnahme:

Es besteht Versicherungsschutz für die Folgen psychischer oder 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 ist.

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

- 7.1 Umstellung des Tarifes für Kinder

- 7.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziff. 11.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

- 7.1.2 Wir werden Sie rechtzeitig informieren. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

- 7.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist die Gefahrengruppenzuordnung gemäß den für diesen Vertrag gültigen Tarifbestimmungen.

- 7.2.1 Mitteilung der Berufsänderung

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

- 7.2.2 Auswirkungen der Berufsänderung

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

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

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

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

Leistungsfall

8. **Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten und Leistungsbausteine sind in Ziff. 3 geregelt.

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

- 8.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

- 8.1.1 Unbeabsichtigt verspätete Unfallmeldung

Wir berufen uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung bei unbeabsichtigter verspäteter Meldung bis zu einem Jahr nach dem Unfall.

- 8.1.2 Geringfügig erscheinende Verletzungen

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Sie oder die versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

- 8.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

- 8.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

- 8.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben,
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

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

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

- 8.5 Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, beginnt die Meldefrist erst nach Ihrer Kenntnisnahme und beträgt 20 Tage.

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

9. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziff. 8 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, 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 für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

10. Wann sind die Leistungen fällig?

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

10.1 Erklärung über Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen;
- bei Invaliditätsleistung und Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziff. 8.

Die ärztlichen Gebühren (z. B. Attestkosten), die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir ohne Einschränkung.

10.2 Fälligkeit der Leistung

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

10.3 Vorschüsse

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

10.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

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

Die Versicherungsdauer

11. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

11.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

11.2 Dauer und Ende des Vertrages

11.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

11.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

11.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

11.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald Sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres.

- Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.
- 11.4 Versicherungsjahr
 Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.
Ausnahme:
 Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.
Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.
- Der Versicherungsbeitrag**
12. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
 Sind Tarifanpassungen möglich?
- 12.1 Beitrag und Versicherungssteuer
- 12.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode
 Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt
- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
 - bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
 - bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
 - bei Jahresbeiträgen ein Jahr.
- 12.1.2 Versicherungssteuer
 Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.
- 12.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag
- 12.2.1 Fälligkeit der Zahlung
 Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechtes – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns bezahlen.
 Weicht der Versicherungsschein vom Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- 12.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
 Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben. Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.
- 12.2.3 Rücktritt
 Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht verschuldet haben.
- 12.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 12.3.1 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.
- 12.3.2 Verzug
 Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne, dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.
 Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.
 Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziff. 12.3.3).
- 12.3.3 Zahlungsfrist
 Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
 Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:
- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
 - die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziff. 12.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.
- 12.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
 Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,
- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
 - können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten. Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.
- 12.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
 Wenn wir die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.
 Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.
 Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen. Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.
- 12.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

- 12.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer einen Unfall erleiden, der zu einer Invalidität von mindestens 50 % führt oder Sie sterben, und
- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsergebnisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:
- 12.6.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 12.6.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.
- 12.7 Tarifierungsanpassungen
- 12.7.1 Grundsatz
Der Tarifbeitrag, auch soweit er für erweiterten Versicherungsschutz vereinbart ist, kann zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen steigen oder sinken.
- 12.7.2 Anpassungsklausel
Wir sind berechtigt, den Tarifbeitrag für bestehende Verträge neu zu kalkulieren. Bei der Neukalkulation ist außer der bisherigen Schadenentwicklung einer ausreichend großen Anzahl von Risiken auch die voraussichtliche künftige Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Eine eventuelle Erhöhung des Gewinnansatzes bleibt außer Betracht.
Die sich aufgrund der Neukalkulation ergebenden Beitragsänderungen gelten mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres für bestehende Verträge, wenn ein unabhängiger Treuhänder die der Kalkulation zugrunde liegenden Statistiken gemäß den anerkannten Grundsätzen der Versicherungstechnik überprüft und die Angemessenheit der Neukalkulation bestätigt hat.
- 12.7.3 Beitragserhöhung
Bei Erhöhungen des Tarifbeitrages sind wir berechtigt, für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versicherungsverträge den Tarifbeitrag mit Wirkung vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an anzuhängen.
Eine Beitragserhöhung nach Absatz 1 wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung spätestens einen Monat vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres mitteilen und Sie über Ihr Recht nach Ziff. 12.7.4 belehren.
- 12.7.4 Kündigung
Bewirkt eine Änderung des Tarifs eine Beitragserhöhung nach Ziff. 12.7.3, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Erhöhung des Beitrags wirksam werden sollte.
Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.
- 12.7.5 Beitragsabsenkung
Vermindert sich der Tarifbeitrag, sind wir verpflichtet, den Beitrag von Beginn des nächsten Versicherungsjahres an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.
- Weitere Bestimmungen**
13. **Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 13.1 Fremdversicherung
Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).
Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugefallen ist.
Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 13.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
14. **Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**
- 14.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.
Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme
- in Textform stellen.
Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.
- 14.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.
- 14.2.1 Rücktritt
Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
- weder eine vorsätzliche,
 - noch eine grob fahrlässige
- Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

14.2.2 Kündigung

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

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

14.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziff. 12.1.1) Vertragsbestandteil.

14.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung

stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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

14.4 Anfechtung

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

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

14.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Ziff. 14.1 bis 14.5 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

15. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

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

15.2 Aussetzung der Verjährung

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

16. Welche außergerichtliche Verbraucherschlichtungsstelle können Sie in Anspruch nehmen? Welches Gericht ist zuständig?

16.1 Verbraucherschlichtungsstelle

16.1.1 Ansprechpartner bei Beschwerden

Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind. Sollte dies einmal nicht der Fall sein, nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit Ihrem Berater oder mit uns auf, damit wir die Angelegenheit klären können.

Telefonisch	0351 4235-680
Fax	0351 4235-555
E-Mail	beschwerde@sv-sachsen.de
Internet	www.sv-sachsen.de/beschwerde
Brief	An der Flutrinne 12, 01139 Dresden

Darüber hinaus haben Sie auch folgende Möglichkeiten.

16.1.2 Versicherungsombudsmann

Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann als allgemeine Schlichtungsstelle teil. Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie das kostenlose, außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren in Anspruch nehmen und Ihre Beschwerde an den Versicherungsombudsmann richten. Es gilt die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns. Unabhängig von einer Entscheidung dieser Streitschlichtungsstelle steht Ihnen weiterhin der Weg zum Gericht offen.

- Den Versicherungsombudsmann können Sie über folgende Wege erreichen:
 Versicherungsombudsmann e. V.,
 Postfach 08 06 32,
 10006 Berlin
 Telefon: 0800 3696000
 E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
 Internet: www.versicherungsombudsmann.de
- 16.1.3 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.
 Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
 Sektor Versicherungsaufsicht
 Graurheindorfer Straße 108
 53117 Bonn
 Telefon: 0800 2 100 500
 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.
- 16.1.4 Rechtsweg**
 Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.
- 16.2 Gerichtsstände**
- 16.2.1 Wenn Sie uns verklagen**
 Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:
- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist,
 - dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.
- 16.2.2 Wenn wir Sie verklagen**
 Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:
- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist,
 - dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.
- 16.2.3 Sie haben Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz ins Ausland verlegt**
 Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohnsitz, Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend der Regelungen nach 16.2.1 und 16.2.2 das Gericht als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.
- 17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 17.1** Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
 - an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.
- 17.2** Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen. Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
 Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.
 Dies gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.
- 18. Welches Recht findet Anwendung?**
 Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
- 19. Embargobestimmung (Sanktionsklausel)**
 Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
- 20. Wann sind Bedingungsänderungen möglich?**
- 20.1 Änderungsrecht**
 Wir sind berechtigt, einzelne Regelungen dieser Bedingungen mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern oder zu ergänzen, wenn
- a) ein Gesetz oder eine Rechtsverordnung geändert wird, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,
 - b) sich die höchststrichterliche Rechtsprechung ändert und dies unmittelbare Auswirkungen auf den Versicherungsvertrag hat,
 - c) ein Gericht einzelne Bedingungen rechtskräftig für unwirksam erklärt und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelungen enthalten, die an deren Stelle tritt, oder
 - d) die Kartellbehörde oder die Versicherungsaufsichtsbehörde einzelne Bedingungen durch bestandskräftigen Verwaltungsakt als mit dem geltenden Recht nicht vereinbar erklärt und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an deren Stelle tritt.
- Dies gilt nur, soweit die einzelnen geänderten Bedingungen unmittelbar davon betroffen sind.
 Diese Berechtigung zur Änderung oder Ergänzung haben wir in den Fällen der o. g. gerichtlichen oder behördlichen Entscheidung auch dann, wenn es sich

um inhaltsgleiche Bedingungen eines anderen Versicherers handelt.

Wir dürfen Bedingungen nur ändern oder ergänzen, wenn die Schließung einer durch die genannten Änderungsanlässe entstandenen Vertragslücke zur Durchführung des Vertrags erforderlich ist oder dass bei Vertragsschluss vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung nicht in unbedeutendem Maße gestört ist.

20.2 Wirksamkeitsvoraussetzungen

Die nach Ziff. 20.1 zulässigen Änderungen teilen wir Ihnen schriftlich mit und erläutern diese. Sie finden

Anwendung, wenn die Änderungen spätestens sechs Wochen vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie schriftlich über Ihr Kündigungsrecht nach Ziff. 20.3 belehrt wurden.

20.3

Kündigungsrecht

Machen wir von dem Recht zur Bedingungsänderung nach Ziff. 20.1 Gebrauch, können Sie den Vertrag innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Mitteilung kündigen. Die Kündigung ist sofort wirksam, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bedingungsänderung.