

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) Premium

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

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Gestrichen
 - 2.4 Krankenhaustagegeld, ambulante Operationen
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfalleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

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

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

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

Besondere Bedingungen (BB)

- BB für die Versicherung einer Kurbeihilfe
 - BB für die Versicherung von Bergungskosten
 - BB für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen und kieferorthopädische Maßnahmen
 - BB für die Versicherung von Zahnersatz
 - BB für die Familienvorsorge
 - BB für die Unfallversicherung von Kindern
 - BB für Flug-Rückholung
 - BB für die Versicherung des passiven Kriegsrisikos
 - BB für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag
 - BB für den Einschluss von Infektionen
 - BB für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent
 - BB für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe
 - BB für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel
 - BB für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen
 - BB für psychische Erkrankungen
 - BB für behinderungsbedingte Mehraufwendungen
 - BB für Chefarztbehandlung und Einbettzimmer
 - BB für INTER 50 PLUS-CARE
 - BB für Assistance-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.
- 1.3.1** Bei Vergiftungen durch Nahrungsmittel oder schädliche Stoffe durch den Schlund sowie bei Vergiftungen durch ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen unfreiwillig mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Gesundheitsschäden.
- 1.3.2** Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
- 1.3.3** Gesundheitsschäden durch Strahlen. Ausgeschlossen sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 1.3.4** Mitversichert gelten tauchspezifische Gesundheitsschäden ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen erstatten wir bis zu einem Betrag in Höhe von 10.000 EUR je Schadenfall.
- 1.3.5** Mitversichert sind Unfälle, bedingt durch Alkoholeinfluss, bzw. unter Alkoholeinfluss in teilweiser Abweichung zu Ziffer 5.1.1 und 5.1.2:
- Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit beim Lenken eines Kfz, bis zu 1,1 ‰ Blutalkoholwert
 - Alkoholbedingte Unfälle, beim Lenken eines Fahrrades, bis zu 1,5 ‰ Blutalkoholwert
 - Unfälle auch bei der Teilnahme am Straßenverkehr als Fußgänger, bis zu 2,0 ‰ Blutalkoholwert
- 1.3.6** Als Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 gelten auch Gesundheitsschädigungen durch
- unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug
 - Ertrinken (bzw. Erstickungstod unter Wasser)
 - Erfrierungen
 - Ersticken
- 1.3.7** Gesundheitsschädigungen durch Sonnenbrände und Sonnenstiche, die als Folgen eines Unfalles auftreten, sind ebenfalls mitversichert.
- 1.3.8** Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
- Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche, Zeckenbisse oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest),
 - Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Lepra und Typhus/Paratyphus.
- Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens 3 Monate (1 Monat bei Zeckenbissen) nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.
- Als Unfallereignis gelten auch:
- Schutzimpfungen gegen die versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

- Sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen).
- Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf.
- Sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen.

1.3.9 Mitversichert sind Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden. Die unfallunabhängigen Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst sind nicht versichert.

1.4 Als Unfall gelten auch durch Eigenbewegungen oder erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- Bauch, Unterleibsbrüche oder **Knochenbrüche** sowie
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, wenn ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrissen werden. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

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

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Die Invalidität ist

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

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

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

- | | |
|---|------|
| ▪ Arm | 80 % |
| ▪ Hand | 70 % |
| ▪ Daumen | 30 % |
| ▪ Zeigefinger | 20 % |
| ▪ anderer Finger | 10 % |
| ▪ Bein über der Mitte des Oberschenkels | 80 % |
| ▪ Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 70 % |
| ▪ Bein bis unterhalb des Knies | 60 % |
| ▪ Fuß | 50 % |

▪ große Zehe	15 %
▪ andere Zehe	5 %
▪ Auge	60 %
▪ Gehör auf einem Ohr	40 %
▪ Geruchssinn	15 %
▪ Geschmackssinn	15 %
▪ Verlust der Stimme	100 %
▪ Niere	25 %
▪ Milz	10 %
▪ Gallenblase	10 %
▪ Magen	20 %
▪ Lungenflügel	40 %

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.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

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

noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 GESTRICHEN

2.4 Krankenhaustagegeld, ambulante Operationen

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder

unterzieht sich wegen eines Unfalles einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 7 Tage ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 3 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Bei ambulanten Operationen wird Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für 7 Tage in Höhe der versicherten Summe gezahlt.

Wir zahlen innerhalb von einem Jahr vom Unfalltag an gerechnet ein zusätzliches Tagegeld in Höhe von 30 EUR für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person aufgrund des Unfalles in einem natürlichen oder künstlichen Koma befindet.

2.4.3 Eignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir

- für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthaltes in dem betreffenden Land,
- den doppelten Krankenhaustagegeldsatz.
- **höchstens jedoch für 1 Monat**

Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.

2.4.4 Schmerzensgeld bei Knochenbruch und Bänderriss

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall den Bruch eines Knochens oder einen Bänderriss und hat die Verletzung eine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge, so leisten wir ein einmaliges Schmerzensgeld in Höhe von 200 EUR, sofern Krankenhaustagegeld versichert ist.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären oder ambulanten Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 365 Tage und zwar

- für den 1. Tag bis 20. Tag 100 %
- für den 21. Tag bis 50. Tag 50 %
- für den 51. Tag bis 365. Tag 25 %

des Krankenhaustagegeldes.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 2 Jahren gestorben. Im zweiten Jahr jedoch nur,

wenn keine Invalidität eingetreten ist. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.6.1.1 Bis zu einem Betrag von 5.000 EUR werden die Ausschlussbestimmungen des 5.1.1 (Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen) nicht angewandt.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.6.3 Verschollenheit:

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

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

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 100 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige.

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

4.3 Den für diese Personen gezahlten Beitrag erstatten wir ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit sowie jeglicher Form von Drogenabusus beruhen, sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch Einnahme von Medikamenten verursacht wurden, sind mitversichert.

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

5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person Bemühungen anstellt, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch 1 Monat nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.

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

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind:

- Fahrsicherheitstrainings, die keinen Renncharakter aufweisen,
- Fahrveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- oder Orientierungsfahrten) und
- gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Indoor- oder Outdoor Kartbahnen, sofern diese Fahrveranstaltungen Freizeitcharakter aufweisen und nicht von Verbänden oder Vereinen organisiert werden oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

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

5.2.2 Gesundheitsschäden durch 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 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.2 Satz 2 entsprechend.

5.2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

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

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

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

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 mit, setzt sich

der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

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

6.2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

6.2.4 Arbeitslosigkeit (zu Ziffer 10 AUB 2008)
Ergänzend zu Ziffer 10 AUB 2008 gilt Folgendes als vereinbart:

6.2.4.1 Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

6.2.4.2 Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Summen.

6.2.4.3 Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:

- Der Premium-Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate.
- Alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beglichen.
- Das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber betriebsbedingt gekündigt.
- Die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden.
- Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht der Bundesanstalt für Arbeit.

6.2.4.4 Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach 12 Monaten. Nach insgesamt dreijähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn erlischt der beitragsfreie Schutz ebenfalls.

6.2.4.5 Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Anderenfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.

6.2.4.6 Die Laufzeit des Vertrages verlängert sich um den Zeitraum der Außerkraftsetzung.

Der Leistungsfall

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

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

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

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie und die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in

gleicher Weise erteilt werden.

- 7.3** Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.
- 7.4** Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 7.5** Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von acht Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Frist beginnt, sobald Sie oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person haben und der Unfall als Todesursache nicht sicher auszuschließen ist.

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

- 7.6** Ergänzend zu Ziffer 7.1 liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die Anordnungen des Arztes sind zu befolgen, eine generelle Verpflichtung der versicherten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.

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.

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1** Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim 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 2 ‰ der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 2 % der versicherten Summe,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

- 9.2** Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3** Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.

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

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

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist von drei Monaten

ausgeübt werden.

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

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

Die Versicherungsdauer

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

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

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

10.2.1 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Vertrag endet zum Ablauf des Versicherungsjahres, in welchem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat.

Sind mehrere Personen über den Vertrag versichert und endet die Versicherungsfähigkeit nur für eine Person, besteht der Vertrag für die weiteren versicherten Personen unverändert fort.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

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

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

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

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

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

11.3.4 Kündigung

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

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

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

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

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

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

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

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

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

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

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

13.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages 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.

15 Welches Gericht ist zuständig?

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

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

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

16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Direktion 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 Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Leistungs-Upgrade-Garantie

Werden die diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die Inhalte der neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Versicherungsvertrag.

19 Garantie GDV Mindeststandard

Die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden "Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008)" weichen bei den Leistungsinhalten ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den entsprechenden Musterbedingungen, wie sie zum 25.03.2014 vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) unverbindlich empfohlen wurden, ab.

20 Bestklausel

Sollten während der Dauer des vorliegenden Versicherungsvertrages die Prämien (Nachlässe und Zuschläge) von der INTER Allgemeine Versicherung AG allgemein derart abgeändert werden, dass sich nach dem neuen Tarif für die vorliegende Versicherung eine geringere Prämienzahlung ergeben würde, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, eine Herabsetzung der in vorliegender Police und eventuellen Nachträgen berechneten Prämien auf das geringere Ausmaß gemäß den neuen Tarifbestimmungen zu verlangen. Die Einräumung dieser Begünstigung erfolgt mit Wirkung vom nächsten auf das Verlangen folgenden Prämienfälligkeitstermin unter der Bedingung, dass der Versicherungsvertrag auf die Dauer von 3 Jahren neu abgeschlossen wird

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Kurbeihilfe in der Unfallversicherung (BB Kurbeihilfe 2008)

1 Versicherte Kurmaßnahme

Versichert ist die medizinisch notwendige Kurmaßnahme nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt von 21 Tagen oder mehr. Der Zusammenhang der Kur mit dem Unfallereignis muss durch ein fachärztliches Attest nachgewiesen und die Kur selbst durch einen gesetzlichen oder privaten Leistungsträger veranlasst sein. Die Kur muss innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Krankenhausbehandlung begonnen haben.

2 Versicherte Kosten

2.1 Versichert sind die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel (z.B. Bäder, Massagen und Krankengymnastik) sowie die Aufwendungen für Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung.

2.2 Der Versicherer ersetzt über Leistungen eines Sozialversicherungsträgers oder privaten Versicherers hinausgehende, von diesen nicht gedeckten Kosten, im Sinne der Ziffer 1 bis zu dem im Versicherungsschein genannten Betrag. Diese Leistungen werden immer nur subsidiär erbracht.

3 Mehrfache Versicherung von Kurkosten

Kurkosten werden je Unfallereignis nur einmal ersetzt, auch dann, wenn ihr Ersatz mehrfach vereinbart ist.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung (BB Unfall-Service 2008)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) erbringen wir folgende Leistungen:

1 Art der Leistungen

1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

1.2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

1.3 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

1.4 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.

1.5 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

1.6 Bei einem unfallbedingtem Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingtem Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2 Höhe der Leistungen

2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

2.2 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbeitrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen und kieferorthopädische Maßnahmen in der Unfallversicherung (BB KosmOp/KieferorthM 2008)

1 Versicherte kosmetische Operationen und kieferorthopädische Maßnahmen

Versichert sind kosmetische Operationen und kieferorthopädische Maßnahmen, die nach Abschluss der Heilbehandlung erforderlich werden, um eine durch den Unfall entstandene und durch die abgeschlossene Heilbehandlung nicht beseitigte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beseitigen oder zu mildern. Die Operation muss spätestens bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, genügt es, wenn die kosmetische Operation vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt.

2 Versicherte Kosten

2.1 Versichert sind die Kosten für Arzthonorare, sonstige Kosten der kosmetischen Operation sowie die Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

2.2 Der Versicherer ersetzt über Leistungen eines Sozialversicherungsträgers oder privaten Versicherers hinausgehende, von diesen nicht gedeckten Kosten, im Sinne der Ziffer 1 bis zu dem im Versicherungsschein genannten Betrag. Diese Leistungen werden immer nur subsidiär erbracht.

3 Bedingungen für die Versicherung von unfallbedingten Kosten für kosmetische Operationen und kieferorthopädische Maßnahmen und Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung.

Die INTER BB KosmOp/KieferorthM 2008 werden durch die INTER AUB 2008 ergänzt und gelten nur in Verbindung mit ihnen.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Zahnersatz (BB Zahnersatz 2008)

1 Wir leisten für medizinisch notwendige Behandlungen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz der nachgewiesenen

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

2 Der Versicherer ersetzt über Leistungen eines Sozialversicherungsträgers oder privaten Versicherers hinausgehende, von diesen nicht gedeckten Kosten, im Sinne der Ziffer 1 bis zu dem im Versicherungsschein genannten Betrag. Diese Leistungen werden immer nur subsidiär erbracht.

3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

4 Der Betrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistungen und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Familienvorsorge

Der Versicherungsschutz beginnt für den Ehegatten mit der Eheschließung. Für leibliche Kinder ab der 16. Schwangerschaftswoche. Der Nachweis hat durch Vorlage des Mutterpasses zu erfolgen. Für adoptierte Kinder mit der Rechtswirksamkeit der Adoption (bis 16 Jahre). Er gilt für die Dauer von zwölf Monaten.

Es wird folgender Versicherungsschutz gewährt:

Tod	5.000 EUR
Invalidität N100	50.000 EUR
Krankenhaustagegeld	20 EUR
Bergungskosten und Kurbeihilfe	5.000 EUR

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung von Kindern

Doppeltes Krankenhaustagegeld für Kinder

Befindet sich das versicherte Kind (bis zum 12. Lebensjahr) auf Grund eines Unfalles in einer Klinik (vollstationäre Heilbehandlung), die mehr als 250 Kilometer vom ständigen Wohnsitz entfernt ist und dauert der Klinikaufenthalt mindestens 8 Tage, zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe.

Erhöhung der Invaliditätsleistung bei Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen

Erleidet das versicherte Kind während der Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr bei Benutzung eines von ihm gesteuerten Fortbewegungsmittels (z.B. Fahrrad, Roller, Skateboard, Inlineskates) einen Verkehrsunfall und hat es beim Unfall die erforderliche Schutzkleidung getragen (mindestens einen Helm) gilt folgendes: Wir erhöhen die sich aus der festgestellten Invalidität ergebende Entschädigungsleistung um 10%.

Rooming-in Leistung

Ist auf Grund eines Unfalles für ein Kind (bis zum 12. Lebensjahr) eine vollstationäre Heilbehandlung erforderlich, erstatten wir die anfallenden Kosten für die Übernachtung einer erziehungsberechtigten Person im Krankenhaus von max. 20 EUR pro Tag (max. 500 EUR pro unfallbedingtem Klinikaufenthalt).

Zusätzliche Todesfallleistung bei Vollwaisen

Bei Unfalltod beider Elternteile wird eine Kapitalleistung in Höhe von 10.000 EUR gezahlt.

Hilfe im Haushalt / Kinderbetreuung

Bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt des beaufsichtigenden Elternteils erstatten wir nachgewiesene Kosten für Kindermädchen oder Haushaltshilfe pro Tag in Höhe von höchstens 50 EUR, dies maximal für 30 Tage.

Besondere Bedingungen für Flug-Rückholung

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 6.000 EUR begrenzt. Bei unfallbedingt medizinisch notwendiger und ärztlich angeordneter Flug-Rückholung aus dem Ausland erstatten wir die Kosten bis 6.000 EUR Höchstbetrag. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, können die Erstattungsansprüche nur wegen restlicher Kosten geltend gemacht werden.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallverträge für die versicherte Person, ist die Leistung auf den oben genannten Höchstbetrag für alle Versicherungen beschränkt.

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistungen und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung (BB Kriegsrisiko 2008)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz für Unfälle durch Kriegsereignisse abweichend von Ziffer 5.1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) in folgendem Umfang erweitert:

1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.1 Die versicherte Person hat durch Kriegsereignisse einen Unfall erlitten.
- 1.2 Sie gehört nicht zu den aktiven Teilnehmern am Krieg oder Bürgerkrieg.
- 1.3 Aktiver Teilnehmer ist auch,

- wer auf Seiten der kriegsführenden Parteien
- zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

2 Erweiterter Schutz bei Terroranschlägen

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegsführenden Parteien ausgeführt werden.

3 Leistungsausschlüsse

Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:

- 3.1 Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
- 3.2 Unfälle im Zusammenhang
 - mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA,
 - mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt istoder
 - wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

4 Beendigung des Versicherungsschutzes

Den Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen können wir jederzeit mit einer Frist von sieben Tagen kündigen.

Hierfür müssen Sie uns einen Bevollmächtigten mit Wohnsitz in einem Staat der Europäischen Gemeinschaft benennen, dem gegenüber diese Kündigung rechtswirksam erfolgen kann.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (BB Zuwachsleistung 2008, Modell 1)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag angepasst werden.

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrages folgt oder mit ihm übereinstimmt.
- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR,
 - für die Übergangsleistung sowie die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen (BB KosmOp/KieferorthM 2008) auf volle 50 EUR,
 - für die Unfall-Rente (BB Unfall-Rente 2008) auf volle 25 EUR,
 - Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle 0,50 EUR.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 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 schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6 Sie und wir können diese Zuwachsvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (BB Zuwachsleistung 2008, Modell 3)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag jährlich angepasst werden.

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 Prozent zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 EUR,
 - für die Übergangsleistung sowie die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen (BB KosmOp/KieferorthM 2008) auf volle 50 EUR,
 - für die Unfall-Rente (BB Unfall-Rente 2008) auf volle 25 EUR,
 - Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle 0,50 EUR.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 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 schriftlich widersprechen.
Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6 Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung (BB Infektionen 2008)

Für Unfallversicherungen

von Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern

der Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde,

des Krankenpflegepersonals (Krankenschwester/ Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in)

von Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziffer 5.2.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) auf Gesundheitsschäden durch Infektionen erweitert.

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1.2 Aus

- der Krankengeschichte,
- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

1.3 Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2008 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

3 Behandlungskosten HIV oder Hepatitis B

Erleidet der Versicherte während der Vertragsdauer eine HIV oder Hepatitis B Infektion, wird einmalig ein Betrag von 5.000 EUR für Behandlungskosten gezahlt. Die HIV oder Hepatitis B Infektion ist durch Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes nachzuweisen. Dieser darf nicht vom Versicherungsnehmer oder dem Arbeitgeber ausgestellt sein.

Besteht bei der Inter Allgemeine Versicherung mehr als ein Versicherungsvertrag, ist die Leistung je versicherter Person auf den Betrag von insgesamt 5.000 EUR begrenzt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent (BB Unfall-Rente 2008)

Ergänzend zu Ziffer 2 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) leisten wir eine Unfall-Rente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB 2008 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

3 Beginn und Dauer der Leistung

3.1 Die Unfallrente zahlen wir

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

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 AUB 2008 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (BB Heilberufe 2008)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

- 1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
 - Arm oder Hand 100 %
 - Daumen oder Zeigefinger 60 %
 - anderer Finger 20 %
 - Bein oder Fuß 70 %
 - große Zehe 8 %
 - andere Zehe 3 %
 - ein Auge 80 %
 - beide Augen 100 %
 - Gehör auf beiden Ohren 70 %
- 2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 350 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

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

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im einzelnen wie folgt aus:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 500 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im einzelnen wie folgt aus:

Invaliditäts-Grad Unfallbedingt	Leistung aus der Versicherungssumme	Invaliditäts-Grad Unfallbedingt	Leistung aus der Versicherungssumme	Invaliditäts-Grad Unfallbedingt	Leistung aus der Versicherungssumme	Invaliditäts-Grad Unfallbedingt	Leistung aus der Versicherungssumme
%	%	%	%	%	%	%	%
26	30	45	125	64	248	83	381
27	35	46	130	65	255	84	388
28	40	47	135	66	262	85	395
29	45	48	140	67	269	86	402
30	50	49	145	68	276	87	409
31	55	50	150	69	283	88	416
32	60	51	157	70	290	89	423
33	65	52	164	71	297	90	430
34	70	53	171	72	304	91	437
35	75	54	178	73	311	92	444
36	80	55	185	74	318	93	451
37	85	56	192	75	325	94	458
38	90	57	199	76	332	95	465
39	95	58	206	77	339	96	472
40	100	59	213	78	346	97	479
41	105	60	220	79	353	98	486
42	110	61	227	80	360	99	493
43	115	62	234	81	367	100	500
44	120	63	241	82	374		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 2008 - 650 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB 2008 wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 5 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 Prozent aus der Versicherungssumme.
- 3 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im einzelnen wie folgt aus:

Invaliditäts- Grad Unfall- bedingt	Leistung aus der Versiche- rungssumme	Invaliditäts- Grad Unfall- bedingt	Leistung aus der Versiche- rungssumme	Invaliditäts- Grad Unfall- bedingt	Leistung aus der Versiche- rungssumme	Invaliditäts- Grad Unfall- bedingt	Leistung aus der Versiche- rungssumme
%	%	%	%	%	%	%	%
26	31	45	145	64	301	83	480
27	37	46	151	65	310	84	490
28	43	47	157	66	319	85	500
29	49	48	163	67	328	86	510
30	55	49	169	68	337	87	520
31	61	50	175	69	346	88	530
32	67	51	184	70	355	89	540
33	73	52	193	71	364	90	550
34	79	53	202	72	373	91	560
35	85	54	211	73	382	92	570
36	91	55	220	74	391	93	580
37	97	56	229	75	400	94	590
38	103	57	238	76	410	95	600
39	109	58	247	77	420	96	610
40	115	59	256	78	430	97	620
41	121	60	265	79	440	98	630
42	127	61	274	80	450	99	640
43	133	62	283	81	460	100	650
44	139	63	292	82	470		

Besondere Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2008 erbringt der Versicherer nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bedingungen eine Sofortleistung in Höhe von 10.000 EUR bei folgenden schweren Verletzungen:

Querschnittslähmung im Sinne einer irreversiblen Schädigung des Rückenmarkes.

Amputation im Sinne eines dauerhaften Verlustes des ganzen Fußes oder der ganzen Hand.

Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung.

Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche

Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1) ist durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt findet Ziffer 3 AUB 2008 entsprechende Anwendung.

Der Anspruch entsteht mit Eintritt des Unfalles und entfällt 1 Jahr nach dem Unfall, es sei denn der Versicherungsnehmer hat den vertragsgemäßen Anspruch zuvor schriftlich geltend gemacht.

Besondere Bedingungen für psychische Erkrankungen

Bei nachgewiesenen krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktion aufgrund eines Unfalles, zahlen wir einmalig die Kosten für Sitzungen einer medizinisch notwendigen psychologischen Behandlung, bis zu einem Betrag von 5.000 EUR, längstens aber für solche Sitzungen, welche innerhalb von 3 Jahren seit Eintritt des Unfalles wahrgenommen wurden.

Die Behandlung muss innerhalb von drei Jahren ab Eintritt des Unfalles abgeschlossen sein. Diese sind durch Vorlage von Originalrechnungen nachzuweisen.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallverträge für die versicherte Person, ist die Leistung auf den oben genannten Höchstbetrag für alle Versicherungen beschränkt.

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistungen und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für behinderungsbedingte Mehraufwendungen

1 Die folgenden innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 6.000,- EUR je folgend aufgeführtem Punkt, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2008) erforderlich sind:

a) behindertengerechter Umbau des Pkw und der Wohnung der versicherten Person, oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,

b) Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl),

c) Reparatur von Prothesen

Wenn die versicherte Person bereits eine Prothese tragen musste und diese durch einen vertragsgemäßen Unfall beschädigt wurde, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur bis zu einer Höhe von höchstens 6.000,- EUR.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass kein Dritter (Krankenkasse etc.) zur Leistung verpflichtet ist.

d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

2 Der Versicherer ersetzt über Leistungen eines Sozialversicherungsträgers oder privaten Versicherers hinausgehende, von diesen nicht gedeckten Kosten, im Sinne der Ziffer 1 bis zu dem genannten Betrag.

3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallverträge für die versicherte Person, ist die Leistung auf den oben genannten Höchstbetrag für alle Versicherungen beschränkt.

4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistungen und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für Unterbringung im Einbettzimmer und Chefarztbehandlung

Für alle Personen die Unfall-Krankenhaustagegeld von 20 EUR oder mehr versichert haben gilt:

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind.

Erstattungsfähig im tariflichen Umfang sind Aufwendungen, gemäß den Ziffern 1-3, für stationäre Heilbehandlung und stationärsersetzende ambulante Operationen, die als Folge eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls nach Ziffer 1.3 AUB 2008 innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfalltag entstehen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

1 Walleleistungen im Krankenhaus

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Walleleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils geltenden Fassung:

- gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und
- gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle und Bereitstellung eines Telefons und/ oder eines Fernsehers.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, gelten als Walleleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

Der Anspruch erstreckt sich nicht auf eine sich eventuell anschließende notwendige Anschlussrehabilitation, auch wenn diese als Folge des Unfallereignisses anzusehen ist.

Die Leistung aufgrund des Unfallereignisses ist begrenzt auf maximal 20 Tage, pro Krankenhausaufenthalt.

Die Kosten werden für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2 Ambulante Operationen / Privatärztliche Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig ist die privatärztliche Behandlung bei unfallbedingten ambulanten Operationen, die im nach § 115b SGB V vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe enthalten sind.

Die Kosten werden längstens für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

3 Gebührenordnung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Besondere Bedingungen für den Unfall-Schutz INTER 50 PLUS-CARE (BB 50 Plus-Care 2008)

1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Wenn die versicherte Person aufgrund des Unfalls zu Hause bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe benötigt (s. § 68 Abs. 5 BSHG), erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister die folgenden Hilfeleistungen, und zwar innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Für die Dauer eines Auslandsaufenthalts bestehen keine Ansprüche auf Hilfeleistungen.

Wie oft, wie lange und in welchem Umfang die Hilfeleistungen erbracht werden, richtet sich nach den folgenden Bestimmungen und nach dem Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Die Hilfeleistungen werden für bis zu sechs Monate, vom Unfalltag angerechnet, die einmaligen Leistungen nach Ziffern 2, 3, 9, 10, 12 und Grundpflege nach Ziffer 11 werden innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, erbracht, Grundpflege für bis zu vier Wochen. Die Kosten der Dienstleistungen tragen wir.

2 Erstgespräch

In einem ersten Gespräch mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird festgestellt, welche Hilfeleistungen die versicherte Person benötigt.

3 Hausnotruf

Wenn die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung/im Haus der versicherten Person eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger eingerichtet, über die der von uns beauftragte Dienstleister rund um die Uhr erreichbar ist.

Die Kosten für die Anlage und ihre Einrichtung tragen wir. Die laufenden Kosten sind auf sechs Monate, vom Unfall an gerechnet, begrenzt. Die Kosten für den Abbau der Anlage tragen wir, wenn er bis zum Ablauf von sechs Monaten, vom Unfall an gerechnet, durchgeführt wird. Andernfalls werden sie von der versicherten Person getragen.

4 Menüservice

Die versicherte Person erhält

- einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten (Tiefkühlkost) oder
- jeden Tag eine Hauptmahlzeit.

Sie kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot wählen. Die Kosten für die Mahlzeiten tragen wir.

5 Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt:

Botengänge zur Bank oder zu Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringen der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Die hierfür erforderlichen Kosten, wie z.B. für Einkäufe und Reinigung sowie Gebühren, auch Rezeptgebühren, trägt die versicherte Person. Die Kosten für den Boten tragen wir.

6 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wenn ein Besuch der versicherten Person bei einer Behörde oder einem Arzt erforderlich ist, wird sie dorthin gebracht und wieder abgeholt und, wenn erforderlich, während des Besuchs begleitet.

7 Reinigung der Wohnung

Alle zwei Wochen wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

8 Wäsche und Kleidung

Einmal in der Woche werden Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

9 Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden sie für die tägliche Pflege geschult. Die Schulung wird einmal durchgeführt und dauert bis zu drei Stunden.

10 Pflegeberatung

Wenn der versicherten Person Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuchs zustehen, so werden sie bzw. ihre Angehörigen über die wegen des Unfalls in Frage kommenden Leistungen der Pflegekassen und das entsprechende Antragsverfahren beraten.

11 Grundpflege

Wenn die versicherte Person wegen des Unfalls in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuchs gegeben sind, erhält sie zu Hause eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst Körperpflege, An- und Auskleiden, Hilfe bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Hilfe bei Krankengymnastik sowie die Lagerung im Bett.

Diese Leistung wird so lange erbracht, bis die versicherte Person Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, jedoch für höchstens vier Wochen, bis zu 21 Stunden pro Woche.

12 Tag- und Nachtwache

Wenn die versicherte Person nach einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder einer unfallbedingten ambulanten Operation nach Hause zurückkehrt und aus medizinischen Gründen beaufsichtigt werden muss, erhält sie nach der Rückkehr eine Tag- und Nachtwache. Diese Leistung wird für bis zu 48 Stunden nach der Rückkehr erbracht.

Besondere Bedingungen für Assistance-Leistungen (BB Assistance 2008)

Dieser Service ist für Sie da, wenn Sie Hilfe oder Unterstützung vor und nach einem Unfall benötigen. Unseren kostenlosen Assistance-Leistungen sind:

- Vermittlung von Hausnotruf- bzw. Servicegeräten Standardausführung
- Nennung von Ärztlichen- und Apotheken-Notdiensten
- Organisation und Beschaffung sowie der Versand von ärztlich verordneten Medikamenten und Blutkonserven
- Benachrichtigung von Angehörigen
- Ärztliche Informationen zu Krankheiten und Impfungen sowie Auskünfte zu Medikamenten und deren Nebenwirkungen
- Benennung von Äquivalenzpräparaten
- Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungseinrichtungen
- Hilfe bei der Suche nach ärztlichen Spezialisten und Fachkliniken
- Benennung von Fach- und Pflegekräften sowie häuslichen Pflegediensten
- Ärztliche Informationen zur Notwendigkeit von Spezialuntersuchungen, wiederholten Untersuchungen und stationären Aufenthalten

Bei den oben aufgeführten Punkten handelt es sich um Dienstleistungen. Wir übernehmen keine Kosten.

Zusätzlich für Personen ab 50 Jahren:

- Tod durch Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten bis zu einem Betrag von 5.000 EUR als mitversichert, sofern eine Todesfallsumme vereinbart ist