

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

Sie haben bei der Würzburger Versicherungs-AG eine Unfallversicherung abgeschlossen. Für diesen Beweis Ihres Vertrauens in unsere Gesellschaft bedanken wir uns.

Das vorliegende Heft enthält neben einer Zusammenstellung aller Versicherungsbedingungen, die in der Unfallversicherung vereinbart werden können, das Merkblatt zur Datenverarbeitung und einen Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Der konkret zwischen Ihnen und uns vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und seinen Nachträgen.

Welcher Teil der vorliegenden Versicherungsbedingungen in dem von Ihnen gewählten Produkt Gültigkeit hat, ist im Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert.

Es gilt für unser Vertragsverhältnis nur der Teil der vorliegenden Bedingungen, der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich aufgeführt ist.

Bitte bewahren Sie sie zusammen mit dem Versicherungsschein auf, dies sind wichtige Vertragsunterlagen.

Wir freuen uns auf eine gute und dauerhafte Partnerschaft mit Ihnen.

Herzliche Grüße aus Würzburg

Der Vorstand
Würzburger Versicherungs-AG

INHALT

- A Allgemeine Unfall-Versicherungs-Bedingungen (AUB 2008)
- B Besondere Bedingungen Unfallversicherung
- C Zusatzbedingungen
- D Merkblatt zur Datenverarbeitung
- E Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

AUB 2008

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

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Übergangsleistung
- 2.3 Tagegeld
- 2.4 Krankenhaus-Tagegeld
- 2.5 Genesungsgeld
- 2.6 Todesfalleistung
3. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder Tarif
 - 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. Wie können Sie den Verlust von Ansprüchen vermeiden?
15. Wann verjähren Ansprüche aus dem Vertrag?
16. Welches Gericht ist zuständig?
17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
18. Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1. **Was ist versichert?**
 - 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
 - 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
 - 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
 - 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
 - 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziff. 3), nicht versicherbare Personen (Ziff. 4) sowie die Ausschlüsse (Ziff. 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.
2. **Welche Leistungsarten können vereinbart werden?**

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

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein und seinen Nachträgen.

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 eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

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

| | |
|--|-----|
| Arm | 70% |
| Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 65% |
| Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 60% |
| Hand | 55% |
| Daumen | 20% |
| Zeigefinger | 10% |
| anderer Finger | 5% |
| Bein über der Mitte des Oberschenkels | 70% |
| Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 60% |
| Bein bis unterhalb des Knies | 50% |
| Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 45% |
| Fuß | 40% |
| große Zehe | 5% |
| andere Zehe | 2% |
| Auge | 50% |
| Gehör auf einem Ohr | 30% |
| Geruchssinn | 10% |
| Geschmackssinn | 5% |

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

- 2.1.2.2.2 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 Ziff. 2.1.2.2.1 und Ziff. 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 entfällt

- 2.1.2.4 Stirbt die versicherte Person
 - aus unfallfreier 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 auf Grund 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 sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

 noch um mindestens 50% beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs 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. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch not-

wendiger vollstationärer Heilbehandlung. 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 zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziff. 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 100 Tage und zwar

| | |
|--------------------------|-------------|
| für den 1. bis 10. Tag | 100 Prozent |
| für den 11. bis 20. Tag | 50 Prozent |
| für den 21. bis 100. Tag | 25 Prozent |

des Krankenhaustagegeldes.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist in Folge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziff. 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.7 Unfallrente

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) mindestens zu 50 % (Invaliditätsgrad) beeinträchtigt.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Unfallrente zahlen wir

- in Abhängigkeit vom festgestellten Invaliditätsgrad und
- unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person

in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7.2.1 Grundlage für die Berechnung der Leistung ist der Grad der unfallbedingten Invalidität (Invaliditätsgrad) und die vereinbarte Versicherungssumme für den entsprechenden Invaliditätsgrad.

2.7.2.1.1 Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Sie und wir sind gemäß Ziffer 9.4 AUB 2008 berechtigt den Invaliditätsgrad 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.

2.7.2.1.2 Eventuell zu Ziffer 2.1.2.3 AUB 2008 vereinbarte progressive Invaliditätsstufen, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.

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

2.7.2.2.1 die versicherte Person stirbt oder

2.7.2.2.2 wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 2.7.2.1 AUB 2008 vorgenommene ärztliche Bemessung ergaben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

2.8 Kosmetische Operationen

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.8.1.1 Die Körperoberfläche der versicherten Person ist durch den Unfall derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlungen das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person dauernd beeinträchtigt ist.

2.8.1.2 Die versicherte Person hat sich nach dem Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

2.8.1.3 Die kosmetische Operation und die klinische Behandlung erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall. Der Beginn der Behandlung ist uns vorher anzuzeigen.

2.8.1.4 Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, wird der zu zahlende Betrag um diese Vorleistung gekürzt. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung:

Es wird Ersatz geleistet bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für nachgewiesene

- Arztkosten und sonstige Operationskosten
- Notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
- Kein Ersatz wird geleistet für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

- Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wurde.

2.8.2.1 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

2.9 Bergungskosten / Unfallservice

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir übernehmen bis zu vereinbarten Versicherungssumme die folgenden Leistungen:

2.9.2.1 Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Die Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.9.2.2 Beschaffung/Bereitstellung von Informationen über die Möglichkeit ärztlicher Versorgung und Herstellung der Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus.

2.9.2.3 Ersatz der Kosten für den Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.

2.9.2.4 Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

2.9.2.5 Ersatz der zusätzlichen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Urlaub im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und dem mitreisenden Partner der versicherten Person.

2.9.2.6 Ersatz der Kosten für die Überführung zum ständigen Wohnsitz im Todesfall im Inland. Bei Todesfall im Ausland Ersatz der Kosten für die Überführung zum ständigen Wohnsitz oder Ersatz der Kosten für die Bestattung im Ausland.

2.9.2.7 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor, und es kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.9.2.8 Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.9.2.9 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

2.10 Kurkostenbeihilfe

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person tritt nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt von mindestens 21 Tagen eine medizinisch notwendige Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme an, die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht und durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen ist. Die Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Krankenhausbehandlung angetreten sein und eine Mindestdauer von 21 Tagen, maximal eine Dauer von 28 Tagen haben.

2.10.2 Art und Höhe der Leistung:

2.10.2.1 Wir übernehmen bis zur vereinbarten Versicherungssumme die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen und Krankengymnastik) sowie die Aufwendungen für Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung.

2.10.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor, und es kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers.

2.10.2.3 Die Leistung kann für jeden Unfall nur einmal in Anspruch genommen werden.

2.10.2.4 Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.10.2.5 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

2.11 Sofortleistung bei Schwerverletzung

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch einen Unfall schwer verletzt worden. Eine schwere Verletzung liegt vor bei:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation eines Armes oder einer Hand
- Amputation eines Beines oder eines Fußes
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche

- Erblindung auf beiden Augen
 - Schwere Mehrfachverletzungen
 - Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen
 - Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs,
 - Bruch eines langen Röhrenknochens,
 - Bruch des Beckens,
 - Bruch der Wirbelsäule
- 2.11.2 Art und Höhe der Leistung:
- 2.11.2.1 Wir zahlen die für die versicherte Person vereinbarte Versicherungssumme für Todesfallleistung als Invaliditätsvorschuss, sofern der Tod nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.
- 2.11.2.2 Die Höhe der Leistung ist auf maximal 6.000 EUR begrenzt, sofern keine abweichende Vereinbarung besteht.
- 2.11.2.3 Diese Leistung (Invaliditätsvorschuss) wird mit einer späteren Invaliditätsleistung verrechnet.
- 2.11.2.4 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- 2.11.2.5 Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

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 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind:
- dauernd pflegebedürftige Personen.
Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist.
Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
- 4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 4.3 Der für die unter Ziffer 4.1 genannten Personen seit Vertragsschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

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 beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- 5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- 5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Rußland oder USA.
- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten

beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 5.2.1 Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

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

- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 5.2.3 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- 5.2.4 Infektionen.
- 5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziff. 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

- 5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziff. 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

- 5.2.5 Vergiftungen in Folge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

- 5.2.6 Krankhafte Störungen in Folge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

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

- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs
- 6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 - 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 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 eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, 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.

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 unterrichten.

- 7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
- 7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziff. 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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 1 Promille der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu 1 Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu 1 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 Ziff. 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist 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 oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziff. 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, 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.

Der Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung /Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden 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 Ziff. 11.3.2 Abs. 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 Ziff. 11.3.2 Abs. 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, künftige 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 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

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

11.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
– Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
– die Versicherung nicht gekündigt war und
– Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
gilt folgendes:

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

11.7.2 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 Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

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

13.2 Rücktritt

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

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

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungs-

falls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

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 Anzeigepflichtsverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände abzugeben, 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 Anzeigepflichtsverletzung 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 der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14. entfällt

15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

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

16. Welches Gericht ist zuständig?

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

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

17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

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

18. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen Basis 2008 (BB Basis 2008)

Die folgenden Besonderen Bedingungen sind nur Vertragsbestandteil, wenn sie in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich vereinbart und dokumentiert sind.

Falls im Versicherungsschein und seinen Nachträgen der Deckungsumfang „Basis“ ausdrücklich vereinbart ist, gelten die folgenden Bedingungen zusätzlich bzw. als Erweiterung zu den AUB 2008.

1. **Rettungsmaßnahmen** (Ziff. 1.3 AUB 2008)
Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.
2. **Ertrinken und Erstickern** (Ziff. 1.3 AUB 2008)
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch der Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser.
3. **Erfrieren** (Ziff. 1.3 AUB 2008)
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch der Tod durch Erfrieren.
4. **Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug** (Ziff. 1.3 AUB 2008)
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch Tod als Folge eines unfreiwilligen Entzugs von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Sauerstoff.
5. **Kosmetische Operationen** (Ziff. 2.8 AUB 2008)
Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart beträgt unter dem Deckungsumfang „Basis“ 2.500 EUR. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.
6. **Passives Kriegsrisiko (Vorsorgeversicherung)** (Ziff. 5.1.3 AUB 2008)
Befindet sich der Versicherte vorübergehend im Ausland und wird er dort von einem Kriegsereignis überrascht, so besteht Versicherungsschutz für maximal 14 Tage nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.
Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:
 - 6.1 Unfälle von aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg, von Kriegsberichterstattern und von Personen mit mehr als dreimonatigem Aufenthalt in kriegsgefährdeten Gebieten oder Reisen in Gebiete, in denen bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
 - 6.2 Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
 - 6.3 Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Rußland, USA),
 - 6.4 Unfälle durch Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, dessen Staatsangehörigkeit der Versicherte hat oder in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als Krieg führende Partei beteiligt ist, oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.
7. **Heilmaßnahmen** (Ziff. 5.2.3 AUB 2008)
In Abänderung der Ziffer 5.2.3 AUB 2008 gelten das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht als unter den Ausschluss fallende Eingriffe.
8. **Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld** (Ziff. 2.4. AUB 2008 und Ziff. 2.5 AUB 2008)
Sofern die Leistung Krankenhaustagegeld und/oder Genesungsgeld ausdrücklich vereinbart ist/sind und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist/sind, gilt in Ergänzung zu Ziffer 2.4.1 AUB 2008 und/oder Ziffer 2.5.1 AUB 2008 folgendes vereinbart:
 - 8.1 Erfolgt die Heilbehandlung vollstationär an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Normalerweiseinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
 - 8.2 Der Anspruch auf Krankenhaustagegeld entfällt auch nicht, wenn die Heilbehandlung in einem Sanatorium erfolgt.
 - 8.3 Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie, die zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt, so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.
9. **Vergiftungen bei Kindern** (Ziff. 5.2.5 AUB 2008)
Abweichend von Ziffer 5.2.5 AUB 2008 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

10. **Bergungskosten / Unfallservice** (Ziff. 2.9 AUB 2008)
Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart beträgt unter dem Deckungsumfang „Basis“ 5.000 EUR. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.

Besondere Bedingungen Plus 2008 (BB Plus 2008)

Die folgenden Besonderen Bedingungen sind nur Vertragsbestandteil, wenn sie in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich vereinbart und dokumentiert sind.

Falls im Versicherungsschein und seinen Nachträgen der Deckungsumfang „Plus“ ausdrücklich vereinbart ist, gelten die folgenden Bedingungen zusätzlich bzw. als Erweiterung zu den BB Basis 2008 und den AUB 2008.

1. **Vergiftung durch Gase oder Dämpfe** (Ziff. 5.2.5 AUB 2008)
Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase oder Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten)
Vergiftungen durch Gifte, Dämpfe oder Gase als Folge von Terroranschlägen sind ausgeschlossen gemäß u.a. Ausschlussklausel für Terrorismusschäden.
2. **Nahrungsmittelvergiftung** (Ziff. 5.2.5 AUB 2008)
In Abänderung von Ziffer 5.2.5 AUB 2008 sind Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.
Nahrungsmittelvergiftungen als Folge von Terroranschlägen sind ausgeschlossen gemäß u.a. Ausschlussklausel für Terrorismusschäden.
3. **Geringfügige Unfallfolgen** (Ziff. 7.1 AUB 2008)
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2008 einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
4. **Pflichtgefühl/Heilmaßnahmen**
Geht der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.
5. **Krankenhaustagegeld im Ausland** (Ziff. 2.4. AUB 2008)
Sofern die Leistung Krankenhaustagegeld ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, gilt in Ergänzung zu Ziffer 2.4.2 AUB 2008 folgendes vereinbart:
Bei einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt im Ausland wird ab dem 14. Tag des Krankenhausaufenthaltes der zweifache Satz des Unfall-Krankenhaustagegeldes gezahlt.
6. **Bewusstseinsstörungen** (Ziff. 5.1.1 AUB 2008)
In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt bis 1,1 Promille liegt.
7. **Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld** (Ziff. 2.4. AUB 2008 und Ziff. 2.5 AUB 2008)
Sofern die Leistung Krankenhaustagegeld und/oder Genesungsgeld ausdrücklich vereinbart ist/sind und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist/sind, gilt in teilweiser Abänderung von Ziffer 2.4.2 AUB 2008 und/oder Ziffer 2.5.2 AUB 2008 folgendes vereinbart:
 - 7.1 Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 750 Tage.
 - 7.2 Das vereinbarte Genesungsgeld wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 365 Tage. Für die ersten 100 Tage findet die Regelung zur Höhe des Genesungsgeldes in Ziff. 2.5.2 AUB 2008 Anwendung. Ab dem 100. Tag werden 25% des Krankenhaustagegeldes gezahlt.
 - 7.3 Die Voraussetzungen für die Zahlung bleiben unverändert.
8. **Ausschlussklausel für Terrorismusschäden**
Die folgende Ausschlussklausel für Terrorschäden findet auf folgende Erweiterungen der AUB 2008 Anwendung:
 - Vergiftungen durch Gifte, Dämpfe oder Gase und Insektenstiche,
 - Nahrungsmittelvergiftungen.Ungeachtet anders lautender Formulierungen oder Vereinbarungen

im Vertrag oder seinen Anhängen sind aus der Deckung ausgeschlossen alle Schäden, Beschädigungen, Kosten oder Aufwendungen, welcher Art auch immer, die direkt oder indirekt durch Terror- oder Sabotageakte verursacht wurden oder das Ergebnis von ihnen sind oder damit in Zusammenhang stehen.

Terror- oder Sabotageakte sind jegliche Handlungen von Personen oder Personengruppen zur Erreichung politischer, religiöser, ethnischer, ideologischer oder ähnlicher Ziele, die geeignet sind, Angst und Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtungen Einfluss zu nehmen. Diese Vereinbarung schließt weiterhin Schäden, Beschädigungen, Kosten oder Aufwendungen aus, die welcher Art auch immer, direkt oder indirekt dadurch verursacht, resultierend von oder in Zusammenhang mit jeglichen Aktivitäten, zur Kontrolle, Verhütung, Unterdrückung oder andere Wege zur Verhinderung der Aktionen des Terrorismus oder der Sabotage sind.

Im Schadenfall liegt die Beweislast dafür, dass der Schaden oder die geltend gemachten Aufwendungen nicht unter diesen Ausschluss fallen, beim Versicherungsnehmer.

Sollten einzelne Bestimmungen in dieser Klausel ganz oder teilweise unwirksam oder nichtig sein oder werden, wird hierdurch die Rechtswirksamkeit des gesamten Vertrages nicht berührt. Die Parteien sind verpflichtet, zusammenzuwirken, um die unwirksame oder undurchführbare Bestimmung durch eine wirksame oder durchführbare Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Ergebnis der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung möglichst nahe kommt.

9. Kurkostenbeihilfe (Ziff. 2.10 AUB 2008)

Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart beträgt unter dem Deckungsumfang „Plus“ 1.600 EUR. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.

10. Sofortleistung bei Schwerverletzung (Ziff. 2.11 AUB 2008)

Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart beträgt unter dem Deckungsumfang „Plus“ 6.000 EUR. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.

11. Kosmetische Operationen (Ziff. 2.8 AUB 2008)

Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart unter dem Deckungsumfang „Plus“ beträgt 5.000 EUR. Der Betrag umfasst die möglicherweise für den unterliegenden Deckungsumfang „Basis“ zu erbringende Leistung. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.

12. Vollwaisengeld (Ziff. 11.7 AUB 2008)

Versterben beide Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine einmalige Leistung in Höhe von 5.000 EUR. Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

13. Rooming-In (Ziff. 2 AUB 2008)

13.1 Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 in medizinisch notwendiger stationärer Behandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-In), so wird für höchstens 10 Übernachtungen ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 25 EUR pro Übernachtung gezahlt.

13.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt, maximal die Leistung gem. Ziffer 13.1. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

13.3 Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

13.4 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

14. Verbesserte Gliedertaxe (Ziff. 2.1.2.2.1 AUB 2008)

Ziff. 2.1.2.2.1 AUB 2008 erhält folgende Fassung:

Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Stimme 40 %

15. Nachhilfeunterricht (Ziff. 2 AUB 2008)

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls im Sinne der Ziff. 1.3 AUB 2008 nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 25 EUR pro ausgefallenem Schultag. Die Kosten werden auch zusätzlich zur Krankenhaustagegeldleistung erstattet.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Die Kostenerstattung wird für maximal 100 Tage gezahlt.

16. Vorsorgeversicherung bei Familienzuwachs (Ziff. 10.1 AUB 2008)

In Erweiterung von Ziffer 10.1 AUB 2008 gilt Folgendes vereinbart:

16.1 Ihre während der Vertragslaufzeit geborenen Kinder sind ab Vollendung der Geburt mit 25.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression) bis

zur nächsten Jahreshauptfälligkeit, mindestens für drei Monate, beitragsfrei mitversichert.

16.2 Wird das Kind während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Schutz dieser Vorsorgeversicherung zusätzlich. Die Leistungen aus dieser Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.

16.3 Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

16.4 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

17. Bergungskosten / Unfallservice (Ziff. 2.9 AUB 2008)

Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart beträgt unter dem Deckungsumfang „Plus“ 10.000 EUR. Der Betrag umfasst die möglicherweise für den unterliegenden Deckungsumfang „Basis“ zu erbringende Leistung. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.

Besondere Bedingungen Exklusiv 2008 (BB Exklusiv 2008)

Die folgenden Besonderen Bedingungen sind nur Vertragsbestandteil, wenn sie in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich vereinbart und dokumentiert sind.

Falls im Versicherungsschein und seinen Nachträgen der Deckungsumfang „Exklusiv“ ausdrücklich vereinbart ist, gelten die folgenden Bedingungen zusätzlich bzw. als Erweiterung zu den BB Basis 2008, den BB Plus 2008 und den AUB 2008.

1. Innere Unruhen / gewalttätige Auseinandersetzungen

(Ziff. 5.1.3 AUB 2008)

In Abänderung von Ziffer 5.1.3 AUB 2008 sind Unfälle mitversichert, die der Versicherte bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen erleidet, wenn er nicht aktiv an den Gewalttätigkeiten teilgenommen hat oder wenn er zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf Seiten der Unruhestifter.

2. Fahrtveranstaltungen (Ziff. 5.1.5 AUB 2008)

Ergänzend zu Ziffer 5.1.5 AUB 2008 wird klargestellt, dass Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten) mitversichert sind.

3. Strahlenunfälle (Ziff. 5.2.2 AUB 2008)

Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB 2008 sind Gesundheitsschäden durch:

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- Maserstrahlen (z.B. Mikrowelle)
- künstlich Erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
- Energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt

mitversichert. Strahlen in Zusammenhang mit Kernenergie sind ausgeschlossen sowie Gesundheitsschäden die sich als Folge aus dem regelmäßigen Umgang mit Strahlen erzeugenden Apparaten ergeben.

4. Infektionen (Ziff. 1.3 und Ziff. 5.2.4 AUB 2008)

4.1 Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:

4.1.1 Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Folgende Infektionskrankheiten sind versichert: Borreliose, Brucellose, FSME (Frühsommer-Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest.

4.1.2 Cholera, Diphtherie, Keuchhusten, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Masern, Mumps, Pocken, Windpocken, Röteln, Scharlach, Lepra und Thyphus/Paratyphus.

Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens sechs Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfindet.

4.2 Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 4.1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

4.3 Als Unfallereignis nach Ziffer 4.1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z.B. allergische Reaktionen).

4.4 Als Unfallereignis nach Ziffer 4.1 gelten auch Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf.

4.5 Eingeschlossen sind auch Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautverletzung, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wurde.

Wir erbringen eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB 2008, soweit eine Versicherungssumme für diese Leistungsart vereinbart wurde. Auf andere vereinbarte Leistungsarten findet diese Bedingung keine Anwendung. Weiterhin ist die Leistung aus der Leistungsart „Infektionen“ pro Schadenfall auf 20.000 EUR begrenzt. Liegen die jeweiligen Versicherungssummen unterhalb dieser Grenze, so findet die Limitierung durch die Versicherungssummen Anwendung.

- 4.6 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
5. **Ausschlussklausel für Terrorismusschäden**
Die folgende Ausschlussklausel für Terroranschläge findet auf folgende Erweiterungen der AUB 2008 Anwendung:
- Vergiftungen durch Gifte, Dämpfe oder Gase und Insektenstiche,
 - Nahrungsmittelvergiftungen,
 - Infektionen.
- Ungeachtet anders lautender Formulierungen oder Vereinbarungen im Vertrag oder seinen Anhängen sind aus der Deckung ausgeschlossen alle Schäden, Beschädigungen, Kosten oder Aufwendungen, welcher Art auch immer, die direkt oder indirekt durch Terror- oder Sabotageakte verursacht wurden oder das Ergebnis von ihnen sind oder damit in Zusammenhang stehen.
- Terror- oder Sabotageakte sind jegliche Handlungen von Personen oder Personengruppen zur Erreichung politischer, religiöser, ethnischer, ideologischer oder ähnlicher Ziele, die geeignet sind, Angst und Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtungen Einfluss zu nehmen.
- Diese Vereinbarung schließt weiterhin Schäden, Beschädigungen, Kosten oder Aufwendungen aus, die welcher Art auch immer, direkt oder indirekt dadurch verursacht, resultierend von oder in Zusammenhang mit jeglichen Aktivitäten, zur Kontrolle, Verhütung, Unterdrückung oder andere Wege zur Verhinderung der Aktionen des Terrorismus oder der Sabotage sind.
- Im Schadenfall liegt die Beweislast dafür, dass der Schaden oder die geltend gemachten Aufwendungen nicht unter diesen Ausschluss fallen, beim Versicherungsnehmer.
- Sollten einzelne Bestimmungen in dieser Klausel ganz oder teilweise unwirksam oder nichtig sein oder werden, wird hierdurch die Rechtswirksamkeit des gesamten Vertrages nicht berührt. Die Parteien sind verpflichtet, zusammenzuwirken, um die unwirksame oder undurchführbare Bestimmung durch eine wirksame oder durchführbare Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Ergebnis der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung möglichst nahe kommt.
6. **Folgen psychischer und nervöser Störungen (Ziff. 5.2.6 AUB 2008)**
In teilweiser Abänderung von Ziffer 5.2.6 AUB 2008 gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
7. **Erhöhte Kraftanstrengung (Ziff. 1.4 AUB 2008)**
In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2008 gelten als Unfall auch durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte
- 7.1 Bauch- oder Unterleibsbrüche
- 7.2 Schädigungen an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule
Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen an Bandscheiben.
8. **Kündigung im Schadenfall (Ziff. 10.3 AUB 2008)**
Die Frist zur Kündigung im Schadenfall wird auf drei Monate verlängert.
9. **Außerordentliches Kündigungsrecht (Ziff. 10.3 AUB 2008)**
Machen Sie von Ihrem außerordentlichen Kündigungsrecht nach Ziffer 10.3 AUB 2008 Gebrauch, so wird die Prämie zeitanteilig abgerechnet.
10. **Erlöschen des Vertrages (Ziff. 10.3 AUB 2008)**
In Abänderung von Ziffer 10.3 AUB 2008 haben Sie das Recht, einen späteren Zeitpunkt für das Erlöschen des Vertrages zu wählen, spätestens jedoch das Ende des Versicherungsjahres.
11. **Pflichtwehrdienst / Zivildienst (Ziff. 6.2.1 AUB 2008)**
In Ergänzung zu Ziff. 6.2.1 AUB 2008 gilt vereinbart, dass der Versicherungsschutz während der Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie der Teilnahme an militärischen Reserveübungen keine Beeinträchtigung erfährt.
12. **Änderung der Berufstätigkeit (Ziff. 6.2.2 AUB 2008)**
Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung versehentlich, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme in Abänderung der Ziffer 6.2.2 AUB 2008 nicht ein, sofern wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewähren. Die Prämienberichtigung bzw. Verrechnung erfolgt nachträglich und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.
13. **Bewusstseinsstörungen (Ziff. 5.1.1 AUB 2008)**
In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt bis 1,3 Promille liegt.
14. **Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall (Ziff. 5.1.1 AUB 2008)**
In Abänderung der Ziffer 5.1.1 AUB 2008 fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt verursacht wurden.
15. **Kosmetische Operationen (Ziff. 2.8 AUB 2008)**
Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart unter dem

Deckungsumfang „Exklusiv“ beträgt 20.000 EUR. Der Betrag umfasst die möglicherweise für den unterliegenden Deckungsumfang „Basis“ und „Plus“ zu erbringende Leistung. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.

16. **Kurkostenbeihilfe (Ziff. 2.10 AUB 2008)**
Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart unter dem Deckungsumfang „Exklusiv“ beträgt 2.600 EUR. Der Betrag umfasst die möglicherweise für den unterliegenden Deckungsumfang „Plus“ zu erbringende Leistung. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.
17. **Sofortleistung bei Schwerverletzung (Ziff. 2.11 AUB 2008)**
Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart unter dem Deckungsumfang „Exklusiv“ beträgt 10.000 EUR. Der Betrag umfasst die möglicherweise für den unterliegenden Deckungsumfang „Plus“ zu erbringende Leistung. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.
18. **Verbesserte Gliedertaxe (Ziff. 2.1.2.2.1 AUB 2008)**
Ziff. 2.1.2.2.1 AUB 2008 erhält folgende Fassung:
Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
- | | |
|--|-------|
| Arm bis zum Schultergelenk | 80 % |
| Arm bis einschließlich des Ellenbogengelenks | 75 % |
| Hand im Handgelenk | 70 % |
| Daumen | 30 % |
| Zeigefinger | 20 % |
| anderer Finger | 10 % |
| sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens | 70 % |
| Bein über der Mitte des Oberschenkels | 80 % |
| Bein bis zur Mitte des Oberschenkels | 75 % |
| Bein bis einschließlich des Kniegelenks | 65 % |
| Bein bis zur Mitte des Unterschenkels | 60 % |
| Fuß im Fußgelenk | 50 % |
| große Zehe | 15 % |
| andere Zehe | 5 % |
| Gehör auf einem Ohr | 40 % |
| eines Auges | 60 % |
| beide Augen | 100 % |
| Geruchssinn | 15 % |
| Geschmackssinn | 15 % |
| Stimme | 100 % |
- Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
19. **Verdienstaustausch (Ziff. 7.3 AUB 2008)**
Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaustausch nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrages, höchstens jedoch 500 EUR je Unfallereignis, erstattet. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
20. **Anmeldefrist Invalidität (Ziff. 2.1.1.1 AUB 2008)**
Die in Ziff. 2.1.1.1 AUB 2008 genannte Frist zur Geltendmachung einer Invalidität wird um drei auf 18 Monate erweitert.
21. **Anmeldung von Unfällen (Ziff. 7 AUB 2008)**
Bei unbeabsichtigter verspäteter Anmeldung von Unfällen berufen wir uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung gemäß Ziffer 8 AUB 2008, sofern der Schaden spätestens innerhalb der Invaliditätsanzeigefrist gemäß 2.1.1.1 AUB 2008 nachgemeldet wurde.
22. **Grobe Fahrlässigkeit**
Unfälle infolge grober Fahrlässigkeit sind mitversichert.
23. **Verschollenheit**
Ist die versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf Leistung erst, wenn diese im Aufgebotsverfahren für tot erklärt und die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die Leistung zurückzuzahlen.
24. **Kieferorthopädische Maßnahmen (Ziff. 2.8.2 AUB 2008)**
In Ergänzung zu 2.8.2 AUB 2008 gelten unfallbedingte kieferorthopädische Maßnahmen (keine Operationen und keine Zahnersatzleistungen) als mitversichert, wenn die versicherte Person beim Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr vollendet hat.
25. **Erweitertes Tagegeld (Ziff. 2.3.2 AUB 2008)**
Sofern die Leistung Tagegeld ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, gilt in Ergänzung zu Ziffer 2.3.2 AUB 2008 vereinbart, dass bei unfallbedingter stationärer Behandlung auch im 2. Jahr nach Eintritt des Unfalls Tagegeld gezahlt und zwar für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes.
26. **Komageld (Ziff. 2 AUB 2008)**
Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma (auch künstliches) für einen Zeitraum von mehr als 8 Tagen, so wird eine einmalige Leistung in Höhe von 1.500 EUR gezahlt. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

- Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
- 27. Kostenübernahme (Ziff. 9.1 AUB 2008)**
Die Kosten gemäß Ziffer 9.1 AUB 2008 übernimmt der Versicherer in voller Höhe.
- 28. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckammerkosten (Ziff. 1.3 AUB 2008)**
- 28.1 In Abänderung von Ziffer 1.3 AUB 2008 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, die die versicherte Person beim Tauchen erleidet ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis eingetreten sein muss.
- 28.2 Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckammerbehandlung werden die hierfür entstandenen Therapiekosten erstattet. Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Bergungskosten/Unfallservice, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlung eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Bergungskosten/Unfallservice übernommen. Zusammen mit evtl. anfallenden weiteren Bergungskosten wird maximal die vereinbarte Versicherungssumme für Bergungskosten/Unfallservice geleistet. Der für die Leistung vereinbarte Betrag nimmt an der dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 29. Behindertengerechter Umbau von Wohnung oder PKW**
Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:
- 29.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB 2008 mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 80%. Die Behinderung aufgrund dieser Invalidität erfordert im täglichen Leben:
- 29.1.1 den behindertengerechten Umbau des Hauptwohnsitzes der versicherten Person oder
- 29.1.2 den Umzug in ein anderes behindertengerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung oder
- 29.1.3 den Umbau eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug oder
- 29.1.4 Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl) oder
- 29.1.5 Umschulungsmaßnahmen
Die Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Bei der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen vermindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 2 AUB 2008.
- 29.2 Art und Höhe der Leistung:
Die entstehenden Kosten für Umbauten oder Umzug werden bis zu 5% der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, von den AUB 2008 abweichende Gliedertaxen und sonstige Mehrleistungen bleiben bei der Berechnung der Entschädigung unberücksichtigt.
Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten, jedoch maximal die in diesem Vertrag vereinbarte Leistung gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige die Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
- 30. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld (Ziff. 2.4. AUB 2008 und Ziff. 2.5 AUB 2008)**
Sofern die Leistung Krankenhaustagegeld und/oder Genesungsgeld ausdrücklich vereinbart ist/sind und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist/sind, gilt in teilweiser Abänderung von Ziffer 2.4.2 AUB 2008 und/oder Ziffer 2.5.2 AUB 2008 folgendes vereinbart:
- 30.1 Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 750 Tage.
- 30.2 Das vereinbarte Genesungsgeld wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 500 Tage. Ab dem 100. Tag werden 25% des Krankenhaustagegeldes gezahlt.
- 30.3 Das Genesungsgeld wird für die ersten 100 Tage zu 100 % geleistet.
- 30.4 Die Voraussetzungen für die Zahlungen bleiben unverändert.
- 31. Mitwirkungsanteil (Ziffer 3 AUB 2008)**
Krankheiten und Gebrechen mindern abweichend von Ziffer 3 AUB 2008 die Leistung, wenn ein Mitwirkungsanteil von 30% überschritten ist. Das gilt für alle Bedingungen des Vertrages, soweit nichts anderes vereinbart ist.
- 32. Rooming-In (Ziff. 2 AUB 2008)**
- 32.1 Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 in medizinisch notwendiger stationärer Behandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-In), so wird für höchstens 10 Übernachtungen ein pauschaler Kostenschutz in Höhe von 50 EUR pro Übernachtung gezahlt.
- 32.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt, maximal die Leistung gem. Ziffer 32.1. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 32.3 Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
- 32.4 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- 32.5 Der maximale Betrag umfasst die möglicherweise für den unterliegenden Deckungsbaustein „Plus“ zu erbringende Leistung.
- 33. Nachhilfeunterricht (Ziff. 2 AUB 2008)**
Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 50 EUR pro ausgefallenem Schultag. Die Kosten werden auch zusätzlich zur Krankenhaustagegeldleistung erstattet. Die Kostenerstattung wird für maximal 100 Tage gezahlt. Der maximale Betrag umfasst die möglicherweise für den unterliegenden Deckungsumfang „Plus“ zu erbringende Leistung. Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- 34. Bergungskosten / Unfallservice (Ziff. 2.9 AUB 2008)**
Die Höhe der Entschädigung für diese Leistungsart beträgt unter dem Deckungsumfang „Exklusiv“ 20.000 EUR. Der Betrag umfasst die möglicherweise für den unterliegenden Deckungsumfang „Basis“ und „Plus“ zu erbringende Leistung. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.

C Zusatzbedingungen

Die folgenden Besonderen Bedingungen und Zusatzbedingungen sind nur Vertragsbestandteil, wenn sie in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen ausdrücklich vereinbart und dokumentiert sind.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (225 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) wird wie folgt erweitert:

Für den 25 % übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

| von % | auf % |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 26 | 27 | 45 | 65 | 64 | 117 | 83 | 174 |
| 27 | 29 | 46 | 67 | 65 | 120 | 84 | 177 |
| 28 | 31 | 47 | 69 | 66 | 123 | 85 | 180 |
| 29 | 33 | 48 | 71 | 67 | 126 | 86 | 183 |
| 30 | 35 | 49 | 73 | 68 | 129 | 87 | 186 |
| 31 | 37 | 50 | 75 | 69 | 132 | 88 | 189 |
| 32 | 39 | 51 | 78 | 70 | 135 | 89 | 192 |
| 33 | 41 | 52 | 81 | 71 | 138 | 90 | 195 |
| 34 | 43 | 53 | 84 | 72 | 141 | 91 | 198 |
| 35 | 45 | 54 | 87 | 73 | 144 | 92 | 201 |
| 36 | 47 | 55 | 90 | 74 | 147 | 93 | 204 |
| 37 | 49 | 56 | 93 | 75 | 150 | 94 | 207 |
| 38 | 51 | 57 | 96 | 76 | 153 | 95 | 210 |
| 39 | 53 | 58 | 99 | 77 | 156 | 96 | 213 |
| 40 | 55 | 59 | 102 | 78 | 159 | 97 | 216 |
| 41 | 57 | 60 | 105 | 79 | 162 | 98 | 219 |
| 42 | 59 | 61 | 108 | 80 | 165 | 99 | 222 |
| 43 | 61 | 62 | 111 | 81 | 168 | 100 | 225 |
| 44 | 63 | 63 | 114 | 82 | 171 | | |

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) wird wie folgt erweitert:

Für den 25 % übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

| von % | auf % |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 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 (500 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) wird wie folgt erweitert:

Für den 25 % übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

| von % | auf % |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 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 | 400 |
| 34 | 52 | 53 | 115 | 72 | 210 | 91 | 410 |
| 35 | 55 | 54 | 120 | 73 | 215 | 92 | 420 |
| 36 | 58 | 55 | 125 | 74 | 220 | 93 | 430 |
| 37 | 61 | 56 | 130 | 75 | 225 | 94 | 440 |
| 38 | 64 | 57 | 135 | 76 | 230 | 95 | 450 |
| 39 | 67 | 58 | 140 | 77 | 235 | 96 | 460 |
| 40 | 70 | 59 | 145 | 78 | 240 | 97 | 470 |
| 41 | 73 | 60 | 150 | 79 | 245 | 98 | 480 |
| 42 | 76 | 61 | 155 | 80 | 250 | 99 | 490 |
| 43 | 79 | 62 | 160 | 81 | 255 | 100 | 500 |
| 44 | 82 | 63 | 165 | 82 | 260 | | |

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (1000 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) wird wie folgt erweitert:

Für den 25 % übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

| von % | auf % |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 26 | 30 | 45 | 125 | 64 | 496 | 83 | 762 |
| 27 | 35 | 46 | 130 | 65 | 510 | 84 | 776 |
| 28 | 40 | 47 | 135 | 66 | 524 | 85 | 790 |
| 29 | 45 | 48 | 140 | 67 | 538 | 86 | 804 |
| 30 | 50 | 49 | 145 | 68 | 552 | 87 | 818 |
| 31 | 55 | 50 | 150 | 69 | 566 | 88 | 832 |
| 32 | 60 | 51 | 155 | 70 | 580 | 89 | 846 |
| 33 | 65 | 52 | 160 | 71 | 594 | 90 | 860 |
| 34 | 70 | 53 | 165 | 72 | 608 | 91 | 874 |
| 35 | 75 | 54 | 170 | 73 | 622 | 92 | 888 |
| 36 | 80 | 55 | 175 | 74 | 636 | 93 | 902 |
| 37 | 85 | 56 | 180 | 75 | 650 | 94 | 916 |
| 38 | 90 | 57 | 185 | 76 | 664 | 95 | 930 |
| 39 | 95 | 58 | 190 | 77 | 678 | 96 | 944 |
| 40 | 100 | 59 | 195 | 78 | 692 | 97 | 958 |
| 41 | 105 | 60 | 200 | 79 | 706 | 98 | 972 |
| 42 | 110 | 61 | 205 | 80 | 720 | 99 | 986 |
| 43 | 115 | 62 | 210 | 81 | 734 | 100 | 1000 |
| 44 | 120 | 63 | 215 | 82 | 748 | | |

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit dynamischer Erhöhung von Leistung und Beitrag (BB Dynamik 2008)

- Die Versicherungssummen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen
 - für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend EUR,
 - für Unfallrente auf volle Zehn EUR,
 - für Tagegeld, Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld, Sparratenausfallschutz auf volle EUR aufgerundet.
 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
 Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.
- Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- Sie werden über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie einen Nachtrag.
- Sie können die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen. Sie sind auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle zu richten. Auf Ihren Antrag wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
- Wir können die nächste fällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Besondere Bedingungen für die Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit (PbA 2008)

1. Werden Sie (Versicherungsnehmer) während der Laufzeit des Versicherungsvertrages arbeitslos, so wird dieser Vertrag prämienvoll weitergeführt. Eine Prämienfreistellung erfolgt nicht, wenn nicht Sie, sondern eine andere versicherte Person arbeitslos wird.
2. Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie keiner bezahlten Vollzeitbeschäftigung nachgehen, beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.
3. Der Anspruch auf beitragsfreie Weiterführung der Versicherung besteht für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für die Dauer von zusammenhängend 12 Monaten und nur bis zum vereinbarten Ablauf des Versicherungsvertrages. Während der Gesamtlaufzeit des Versicherungsvertrages erfolgt eine Prämienfreistellung für zusammen max. 18 Monate.
 4. Ausschlüsse der Prämienfreistellung im Falle der Arbeitslosigkeit
 - 4.1 Die Prämienfreistellung ist in folgenden Fällen ausgeschlossen:
 - 4.1.1 wenn Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit nicht mindestens 24 Monate vollzeitbeschäftigt waren (Unterbrechungen von weniger als zwei Wochen bleiben außer Betracht);
 - 4.1.2 bei Selbständigen;
 - 4.1.3 wenn Sie innerhalb der ersten 120 Tage nach Versicherungsbeginn arbeitslos werden oder Ihre Kündigung (gleich ob schriftlich oder mündlich) innerhalb dieses Zeitraumes ausgesprochen wird (Wartezeit). Ein Anspruch auf Versicherungsleistung wegen erneut eingetretener Arbeitslosigkeit kommt in diesem Fall erst nach einer Beschäftigungsperiode von 180 aufeinander folgenden Tagen in Betracht;
 - 4.1.4 wenn Sie bei Versicherungsbeginn die bevorstehende Beendigung des gegenwärtigen Arbeitsverhältnisses kannten;
 - 4.1.5 wenn Sie bei Versicherungsbeginn die bevorstehende Beendigung des gegenwärtigen Arbeitsverhältnisses fahrlässig nicht kannten;
 - 4.2 Die Prämienfreistellung ist ferner ausgeschlossen, wenn die Arbeitslosigkeit durch einen der folgenden Umstände eintritt:
 - 4.2.1 im Zusammenhang mit einem rechtswidrigen Streik, an dem Sie teilgenommen haben;
 - 4.2.2 aufgrund eines Fehlverhaltens Ihrerseits (z.B. Betrug, Diebstahl, Unterschlagung, Untreue);
 - 4.2.3 wenn Ihre Tätigkeit saisongebunden ist und die Arbeitslosigkeit ein normales Merkmal der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit ist;
 - 4.2.4 wenn Sie Ihren Arbeitsvertrag kündigen, aufheben oder wenn Ihr Arbeitsverhältnis ruht. (Wird der Arbeitsvertrag aufgehoben, nachdem Ihnen gekündigt wurde, so gelten Sie ab dem Zeitpunkt als arbeitslos, zu dem diese Kündigung Ihr Arbeitsverhältnis beendet hätte.);
 - 4.2.5 wenn Sie unmittelbar vor der Arbeitslosigkeit aufgrund eines befristeten Arbeitsvertrages oder eines Arbeitsverhältnisses auf Probe tätig waren;
 - 4.2.6 wenn Sie ein Projekt oder Werk vollendet haben, für das Sie speziell angestellt wurden;
 - 4.2.7 für Zeiträume, in denen Sie kein Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen beziehen;
 5. Mehrfache Arbeitslosigkeit
Sollte eine Prämienfreistellung wegen Arbeitslosigkeit erfolgt sein, so müssen Sie nach Ende dieses Zeitraumes und vor Eintritt einer erneuten Arbeitslosigkeit 180 aufeinander folgende Tage vollzeitbeschäftigt gewesen sein, um einen Anspruch wegen der erneuten Arbeitslosigkeit geltend machen zu können.

Besondere Bedingungen für Heilberufe (BB Heilberufe 2008)

1. Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe (verbesserte Gliedertaxe)
In Abänderung von Ziff. 2.1.2.2.1 AUB 2008 gelten als feste Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder völliger Funktionsfähigkeit von

| | |
|-----------------------------|-------|
| Arm oder Hand im Handgelenk | 100 % |
| Daumen oder Zeigefinger | 60 % |
| anderer Finger | 20 % |
| Bein oder Fuß | 70 % |
| große Zehe | 8 % |
| anderer Zehe | 3 % |
| Auge | 80 % |
| Gehör auf beiden Ohren | 70 % |
2. Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen in die Unfallversicherung
Die Bestimmung von Ziffer 5.2.2 AUB 2008 wird mit der Maßgabe geändert, dass Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen versichert sind, die sich als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z. B. Röntgenshäden, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen- und Laserapparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

3. Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung
 - 3.1 Für Unfallversicherungen von Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Naturärzten, Heilkundigen und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern):
In Ergänzung der Ziffern 5.2.4.1 und 5.2.4.2 der AUB 2008 gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind; Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoss eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.
 - 3.2 Für Unfallversicherungen von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde:
In Ergänzung der Ziffern 5.2.4.1 und 5.2.4.2 der AUB 2008 gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äussere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind; Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.
 - 3.3 Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren:
Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äussere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.
Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).
Im Falle der Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten bei Unfallversicherungen von Desinfektoren:
Wird der Desinfektor in Folge Ausübung seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z.B. an Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Infektionszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet von derselben Krankheit ergriffen, so wird für die Folgen der Krankheit in der gleichen Weise wie für die Folgen eines Unfalles geleistet.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung Ladylike (BB Ladylike 2008)

Leistungserweiterungen für Invalidität:

1. Erweiterung auf frauenspezifische Krebserkrankungen
 - 1.1 In Erweiterung von Ziffer 2.1.2.2.1 der AUB 2008 wird zusätzlich folgende Leistung (in Prozent der versicherten Invaliditätssumme) erbracht:
bei unfall- oder krebsbedingtem/r:
 - Verlust einer Brust
(krebsbedingt ab Tumorgroße T1) 20%
 - Totaloperation in Folge bösartigem Tumor von Gebärmutter oder beiden Eierstöcken 20%
 - 1.2 Die Krebserkrankung muss jeweils während der Gültigkeit des Versicherungsvertrages ärztlich festgestellt und die Operation durchgeführt worden sein. Der Nachweis obliegt Ihnen. In Abänderung der Ziffer 3 AUB 2008 entfällt in diesen Fällen (krebsbedingter Verlust) die Einschränkung der Leistung.
 - 1.3 Darüber hinaus werden die Kosten einer medizinisch notwendigen therapeutischen oder psychiatrischen Behandlung (der Schulmedizin oder alternative Heilkunde) bis zu 20 Sitzungen, max. 1.600 EUR, von uns übernommen. Vorleistungen anderer gesetzlicher oder privater Kosten- und Leistungsträger gehen dieser Leistung vor.
2. Erweiterte kosmetische Operationen
 - 2.1 Innerhalb der Grundversicherungssumme für Invalidität gelten kosmetische Operationen mit 20 % der Versicherungssumme, max. 21.000 EUR, mitversichert.
 - 2.2 Ist auf Grund eines versicherten Ereignisses eine kosmetische oder plastische Brustoperation notwendig, gilt diese innerhalb der kosmetischen Operation als mitversichert.
 - 2.3 Mitversichert als kosmetische Operationen gelten auch kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker auf Grund eines versicherten Ereignisses

ses bis 20 Behandlungen/Sitzungen, max. 10 % der Versicherungssumme für kosmetische Operationen. Gleiches gilt auch für künstlichen Haarsersatz.

- 2.4 Wird auf die kosmetische Operation verzichtet, leisten wir ein Schmerzensgeld in Höhe von 10% der Versicherungssumme für kosmetische Operationen, wenn:
- 2.4.1 Narben im Gesicht oder am Hals ein Ausmaß von mindestens 5 cm² Fläche oder 4 cm Länge haben oder
- 2.4.2 Verbrennungen 2. und 3. Grades von mindestens 20 % der Körperfläche vorliegen
- 2.5 Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden im Rahmen der GOZ zum maximal 2,5-fachen Satz übernommen, sofern es sich um den unfallbedingten Verlust oder Beschädigung von Schneide- oder Eckzähnen handelt.
Vorleistungen anderer gesetzlicher oder privater Kosten- und Leistungsträger gehen dieser Leistung vor.
3. **Schwerer Verlust**
Ist innerhalb der durch Mutterpaß nachgewiesenen Schwangerschaft unfallbedingt nach der 15. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt aufgetreten oder stirbt das lebend geborene Kind innerhalb von 10 Tagen, leisten wir 2.600 EUR.
Darüber hinaus werden in diesem Falle die Kosten einer medizinisch notwendigen therapeutischen oder psychiatrischen Behandlung bis zu 20 Sitzungen, max. 1.600 EUR, von uns übernommen. Vorleistungen anderer gesetzlicher oder privater Kosten- und Leistungsträger gehen dieser Leistung vor.
4. **Haushaltshilfe**
Ist auf Grund eines versicherten Unfallereignisses nach Ziffer 1.3 AUB 2008 und dieser Besonderen Bedingungen „Ladylike“ die versicherte Person pflegebedürftig (als pflegebedürftig gelten Menschen, die als Folge eines Unfallereignisses Hilfen in Ihrem Alltag in erheblichem oder höherem Maße benötigen), leisten wir bei ärztlicher Bestätigung der Pflegebedürftigkeit,
- bei häuslicher Pflege,
- bei Krankenhausaufenthalt,
- bei Rehabilitationsmaßnahmen mit stationärem Aufenthalt,
- bei einer medizinisch notwendigen stationären Kur,
für längstens sechs Monate ab dem Unfallereignis:
- 4.1 Die Organisation von Hilfsdiensten für die versicherte Person, die Wohnung, ihrer Familie und Haustiere.
- 4.2 Kostenbeteiligung für die Leistungen nach Ziffer 4.1 in nachgewiesener Höhe, maximal 20 EUR pro Tag der festgestellten Pflegebedürftigkeit. Die Kosten für die ersten 14 Tage trägt die versicherte Person.
- 4.3 Werden die Hilfsdienste von nicht im Haushalt der versicherten Person lebenden Familienangehörigen wahrgenommen, so erstatten wir zusätzlich einmalig die Hin- und Rückreisekosten zur versicherten Person in Höhe von maximal 600 EUR.
Vorleistungen anderer gesetzlicher oder privater Kosten- und Leistungsträger gehen dieser Leistung vor.
5. **Vorsorgeversicherung für Kinder**
Zusätzlich besteht beitragsfrei Versicherungsschutz für
- 5.1.1 neugeborene eigene Kinder ab Vollendung der Geburt, und
- 5.1.2 adoptierte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ab dem Tag der Adoption bis jeweils zur nächsten Jahreshauptfälligkeit.
Der Versicherungsumfang für die Vorsorgeversicherung wird in gleicher Höhe des Versicherungsumfanges der versicherten Frau gewährt, höchstens jedoch:
- | | |
|---------------------------------------|-------------|
| Invalidität-Gesamtversicherungssumme | |
| inklusive Progression | 128.000 EUR |
| Todesfallsumme | 6.000 EUR |
| Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld | 20 EUR |
| Kosmetische Operationen | 6.000 EUR |
| Unfall-Rente | 800 EUR |
- 5.1.3 Die Leistungen aus der Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.
- 5.1.4 Bestehen bei uns mehrer Verträge für das versicherte Kind, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
6. **Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit**
Zusätzlicher Vertragsbestandteil sind die Besonderen Bedingungen für die Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit (PbA 2008).
7. Bestehen bei uns mehrer Verträge für die versicherte Person, so werden die Leistungen gemäß dieser Besonderen Bedingungen nur aus einem diesem Verträge erbracht.
Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf die Leistungen dieser Besonderen Bedingungen keine Anwendung.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (ZB GruppenUV 2008)

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

1. Versicherungen ohne Namensangabe
 - 1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
 - 1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.
 - 1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsrechnung ist nicht zulässig.
Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.
 - 1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt und/oder für das laufende Versicherungsjahr, und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.
Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.
2. Versicherungen mit Namensangabe
 - 2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
 - 2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.
 - 2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.
 - 2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.
 - 2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.
3. **Vertragsdauer (Zusatz zu Ziff. 10 AUB 2008)**
 - 3.1 Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.
 - 3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.
 - 3.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Besondere Bedingungen für die Unfallheilbehandlungskosten (BB UHB 2008)

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:

Versichert sind die medizinisch notwendigen unfallbedingten Heilbehandlungskosten einschließlich Medikamente und Heilmittel bis zur vereinbarten Versicherungssumme pro Kalenderjahr, soweit diese im Rahmen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) durch approbierte Ärzte oder Krankenhäuser berechnet werden und von der bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bzw. Zusatzversicherung aufgrund nicht erreichter oder überschrittener tariflicher Jahresselbstbeteiligung nicht erstattet werden. Endet das Vertragsverhältnis, so werden nur die bis zu diesem Zeitpunkt entstandenen Kosten erstattet.

Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Original-Rechnung mit dem Erstattungsvermerk der GKV oder PKV oder der Zusatzversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung. Bei Ablehnung ist die jeweilige Begründung der Ablehnungsentscheidung einzureichen. Die jeweiligen Rechnungen müssen die Daten der versicherten Personen, die Behandlungs- und Rechnungsdaten und die spezifizierten GOÄ/GOZ Ziffern enthalten. Aus Rezepten müssen die verordneten Heil- oder Hilfsmittel und deren Kosten hervorgehen.

Der Anspruch ist unverzüglich geltend zu machen, spätestens aber bis drei Monate nach Abschluss der Heilbehandlung. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

Besondere Bedingungen für das Schmerzensgeld (BB Schmerzensgeld 2008)

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:

Führt der Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen, so entsteht der Anspruch auf Leistung aus der für Schmerzensgeld vereinbarten Versicherungssumme nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen:

Die Höhe der Leistung richtet sich – unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages – nach den in der Tabelle festgelegten Prozentsätzen der für Schmerzensgeld vereinbarten Versicherungssumme.

Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, so werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Aufgeführt bedeutet, dass Körperteile, die mehrfach vorhanden sind, insgesamt nur einmal entschädigt werden, auch wenn mehrere Körperteile der gleichen Art verletzt sind. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht wurde, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.

Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.

Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten von den Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2 AUB 2008 selbstständig gekündigt werden. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Schmerzensgeld-Tabelle

| Unfallbedingt verletztes Körperteil | Bruch | Riss, Abspregung Ausriss |
|--|-------|-----------------------------|
| - Schädel, Becken | 100 % | 50 % |
| - Schultergelenk, Ellbogen, Hüftgelenk, Knie, Sprunggelenk | 80 % | 40 % |
| - Arm, Bein, Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule | 60 % | 30 % |
| - Hand, Fuß, Hand-, Kiefergelenk | 40 % | 20 % |
| - Nase, Kiefer, Schulterblatt, Brustbein | 30 % | 15 % |
| - sonstiges Gelenk | 25 % | 13 % |
| - Schlüsselbein, Finger, Zehe | 20 % | 10 % |
| - Rippenserie | 10 % | 5 % |

außerdem

| | |
|--|------|
| - Quetschung inneren Organs | 30 % |
| - Halswirbelschleudersyndrom mit Nervenwurzelschädigung | 20 % |
| - Zerreißung von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapsel jeweils an Gliedmaßen oder Wirbelsäule | 20 % |
| - Fingernagel- oder Fußnagelverletzung jeweils mit der Folge vollständiger Nagelentfernung | 10 % |

Besondere Bedingungen für die Mehrleistung (BB Mehrleistung 2008)

Ziffer 2.1.2.1 AUB 2008 wird wie folgt geändert:

Die Invaliditätsleistung zahlen wir als verdoppelten Kapitalbetrag bei einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 der versicherten Person, der ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen im Sinne von Ziffer 3 AUB 2008 gemäß den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.2 AUB 2008 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 % führt.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 160.000 EUR beschränkt. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

Besondere Bedingungen für die Rentengarantiezeit (BB Rentengarantie 2008)

Ziffer 2.7 AUB 2008 wird wie folgt erweitert: Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008, der zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% führt, wird unabhängig vom Lebensalter die vereinbarte Unfall-Rente gezahlt. Verstirbt die versicherte Person vor Ablauf von 10 Jahren Rentenbezug und vor dem vollendeten 85. Lebensjahr, zahlen wir die Unfall-Rente so lange weiter, bis 10 Jahre Rentenbezug (vom Unfallmonat an gerechnet) erreicht sind, längstens jedoch bis zum vollendeten 85. Lebensjahr. Die Rentengarantiezeit gilt NICHT für die Unfall-Sofortrente. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Besondere Bedingungen für die Soforthilfe bei Krebserkrankungen in der Kinder-Unfallversicherung (BB Soforthilfe Krebserkrankung 2008)

In Erweiterung von Ziffer 2 AUB 2008 besteht Versicherungsschutz, wenn nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn bei dem versicherten Kind erstmals eine Krebserkrankung ärztlich festgestellt wird. Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Die Leistungsart entfällt mit der Auszahlung der Versicherungssumme, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 16. Lebensjahr vollendet hat. Bestehen bei uns mehrere Verträge für das versicherte Kind, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Kapitalleistung ab einem Krankenhausaufenthalt von mind. 30 Tagen (BB KH-Kapitalleistung 2008)

In Ergänzung zu Ziffer 2.4 AUB 2008 leisten wir, für versicherte Personen bis zum 84. Lebensjahr, einmalig während der Vertragslaufzeit, bei einem unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt von mindestens 30 Tagen, die im Versicherungsschein ausgewiesene Kapitalleistung. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Sofortleistung/Einmalzahlung ab 50% Invalidität (BB Einmalzahlung 2008)

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert: Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten von mindestens 50%, wird die im Versicherungsschein ausgewiesene Sofortleistung als einmalige Kapitalleistung (Einmalzahlung) erbracht. Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2 bis 2.1.2.2.4 AUB 2008. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Erhöhung der Unfall-Rente ab Pflegestufe 3 (BB Pflegestufe 2008)

Ziffer 2.7 AUB 2008 wird wie folgt erweitert: Die vereinbarte Unfall-Rente ab 50% Invalidität wird bei Erreichen der Pflegestufe 3 (gem. Pflegeversicherungsgesetz) für die Dauer der Einstufung in Pflegestufe 3 verdoppelt. Dies gilt auch, wenn die Einstufung in Pflegestufe 3 auf eine Krankheit zurückzuführen ist. Sinkt der Grad der unfallbedingten Invalidität unter 50%, entfällt der Anspruch auf Unfall-Rente und damit gleichzeitig auch eine Leistung aufgrund der Einstufung in Pflegestufe 3, auch für den Fall, dass die Einstufung in Pflegestufe 3 aufgrund von Krankheit erfolgte. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Besondere Bedingungen für das gestaffelte Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen (BB gestaffeltes Schmerzensgeld 2008)

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:

Erleidet die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalles eine vollständige Fraktur, zahlen wir, sofern vereinbart, ein gestaffeltes Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen gem. der nachfolgenden Bestimmung.

- Die versicherte Person hat sich aufgrund eines unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfalles und einer dabei erlittenen vollständigen Fraktur in medizinisch notwendiger stationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden.
- Der Nachweis der medizinisch notwendigen stationären und/oder ambulanten Heilbehandlung erfolgt durch ein ärztliches Attest.
- Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- Für die Höhe des Schmerzensgeldes bei Knochenbrüchen ist die nachfolgende Tabelle maßgebend:

| | | |
|-------|--|--|
| 4.1 | Vollstationär behandelter Knochenbruch (vollständige Fraktur) mit einem ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt von | |
| 4.1.1 | mehr als 30 Tagen: | 100% des vereinbarten Schmerzensgeldes |
| 4.1.2 | ab 4 bis zu 30 Tagen: | 50% des vereinbarten Schmerzensgeldes |
| 4.1.3 | weniger als 4 Tagen: | 20% des vereinbarten Schmerzensgeldes |
| 4.2 | Ausschließlich ambulant behandelter Knochenbruch: | 20% des vereinbarten Schmerzensgeldes |
- Das gestaffelte Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen wird nur einmal je Unfallereignis und maximal in der vereinbarten Höhe erbracht.
- Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
- Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Besondere Bedingungen für die Senioren-Unfallversicherung (BB Senioren Unfall 2008)

- Rettungsmaßnahmen (Ziff. 1.3 AUB 2008)**
Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.
- Ertrinken und Ersticken (Ziff. 1.3 AUB 2008)**
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch der Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser.
- Erfrieren (Ziff. 1.3 AUB 2008)**
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch der Tod durch Erfrieren.
- Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (Ziff. 1.3 AUB 2008)**
Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt auch Tod als Folge eines unfreiwilligen Entzugs von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Sauerstoff.
- Kosmetische Operationen (Ziff. 2.8 AUB 2008)**
Sofern die Leistung kosmetische Operationen ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, leisten wir Ersatz für die anfallenden Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.
- Passives Kriegsrisiko (Vorsorgeversicherung) (Ziff. 5.1.3 AUB 2008)**
Befindet sich der Versicherte vorübergehend im Ausland und wird er dort von einem Kriegsereignis überrascht, so besteht Versicherungsschutz für maximal 14 Tage nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.
Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:
 - Unfälle von aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg, von Kriegsberichterstatern und von Personen mit mehr als dreimonatigem Aufenthalt in kriegsgefährdeten Gebieten oder Reisen in Gebiete, in denen bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
 - Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
 - Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Rußland, USA),
 - Unfälle durch Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, dessen Staatsangehörigkeit der Versicherte hat oder in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als Krieg führende Partei beteiligt ist, oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.
- Bergungskosten / Unfallservice (Ziff. 2.9 AUB 2008)**
Sofern die Leistung Bergungskosten / Unfallservice ausdrücklich verein-

bart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, leisten wir Ersatz für die anfallenden Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.

- Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall oder Medikamente (Ziff. 5.1.1 AUB 2008)**
In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 fallen auch Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen unter den Versicherungsschutz, wenn diese durch Schlaganfall, Herzinfarkt oder ärztlich verordnete Medikamente verursacht wurden. Die unmittelbaren Schäden durch den Schlaganfall, Herzinfarkt oder verordnete Medikamente selbst sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- Mitwirkungsanteil (Ziff. 3 AUB 2008)**
Krankheiten und Gebrechen mindern abweichend von Ziffer 3 AUB 2008 die Leistung, wenn ein Mitwirkungsanteil von 30% überschritten ist. Das gilt für alle Bedingungen des Vertrages, sofern nichts anderes vereinbart ist.
- Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziff. 2 AUB 2008)**
Sofern die Leistung Invaliditäts-Kapitalleistung ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, wird Ziffer 2 AUB 2008 wie folgt erweitert:
Führt ein Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten, wird, sofern der angegebene Invaliditätsgrad erreicht oder überschritten wurde, die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesene Versicherungssumme als einmalige Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht. Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Etwaig vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Höhe der Leistung unberücksichtigt.
Sofern für unterschiedliche Invaliditätsgrade eine einmalige Invaliditäts-Kapitalleistung vereinbart gilt und diese im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen ist, wird, sofern bereits eine Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht wurde, bei Erreichen des darauf folgenden vorgegebenen Invaliditätsgrades, nur der Differenzbetrag zwischen der bereits geleisteten und der sich neu ergebenden Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- Sofortleistung bei Oberarmbruch / Oberschenkelhalsbruch (Ziff. 1.3 u. 2 AUB 2008)**
Sofern die Leistung Sofortleistung bei Oberarmbruch / Oberschenkelhalsbruch ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, wird Ziffer 1.3 und Ziffer 2 AUB 2008 wie folgt erweitert:
Als Unfall gilt auch ein Bruch des Oberarmes (hierzu zählt auch der Oberarmkopf) oder des Oberschenkelhalses unabhängig davon, ob der Bruch durch eine plötzliche, äußere Einwirkung entstanden ist.
Nach Vorlage eines fachärztlichen Berichtes zum Nachweis der bestehenden Verletzung wird die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesene Sofortleistung als einmalige Kapitalleistung erbracht. Der Anspruch auf diese Leistung erlischt, wenn sie nicht innerhalb eines Jahres nach Diagnosestellung geltend gemacht wird. Tritt innerhalb eines Kalenderjahres an gleicher Stelle eine Refraktur auf, entfällt hierfür der Anspruch auf Sofortleistung. Ebenso entfällt der Anspruch auf Sofortleistung, wenn die versicherte Person verstirbt, bevor der Anspruch geltend gemacht wurde. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- Kurkostenbeihilfe (Ziff. 2.10 AUB 2008)**
Sofern die Leistung Kurkostenbeihilfe ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, leisten wir Ersatz für die anfallenden Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Alle übrigen Bedingungen zu dieser Leistungsart gelten unverändert.
- Unfall-Sofortrente (Ziff. 2.7 AUB 2008)**
Sofern die Leistung Unfall-Sofortrente ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, wird Ziffer 2.7 AUB 2008 wie folgt geändert:
 - In Abänderung von Ziffer 2.7.2.1.1 AUB 2008 und Ziffer 9.4 AUB 2008 kann der Invaliditätsgrad auf Ihren oder unseren Wunsch vierteljährlich ärztlich neu bemessen werden.
 - Ziffer 2.7.2.1.2 AUB 2008 wird wie folgt geändert:
Vom Prozentsatz des Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 30% beträgt. Für die Unfallrente findet Ziffer 3 AUB 2008 keine Anwendung.
 - In Abänderung der Ziffer 2.7.2.2 AUB 2008 wird die Unfall-Sofortrente rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- a) der Versicherte stirbt oder
- b) der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach Ziffer 2.7.2.1 AUB 2008 vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

13.4 Die Unfall-Sofortrente wird längstens für 12 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

14. Rente ab 2. Jahr (Ziff. 2.7 AUB 2008)

Sofern die Leistung Rente ab 2. Jahr ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, wird Ziffer 2.7 AUB 2008 wie folgt geändert:

14.1 Ziffer 2.7.2.1.2 AUB 2008 wird wie folgt geändert:

Vom Prozentsatz des Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 30% beträgt. Für die Unfallrente findet Ziffer 3 AUB 2008 keine Anwendung.

14.2 In Abänderung der Ziffer 2.7.2.2 AUB 2008 wird die Unfallrente ab dem 13. Monat nach dem Unfall geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- a) der Versicherte stirbt oder
- b) der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach Ziffer 2.7.2.1 AUB 2008 vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

15. Vergiftung durch Gase oder Dämpfe (Ziff. 5.2.5 AUB 2008)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase oder Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

Vergiftungen durch Dämpfe oder Gase als Folge von Terroranschlägen sind ausgeschlossen gemäß u.a. Ausschlussklausel für Terrorismusschäden.

16. Nahrungsmittelvergiftung (Ziff. 5.2.5 AUB 2008)

In Abänderung von Ziffer 5.2.5 AUB 2008 sind Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

Nahrungsmittelvergiftungen als Folge von Terroranschlägen sind ausgeschlossen gemäß u.a. Ausschlussklausel für Terrorismusschäden.

17. Geringfügige Unfallfolgen (Ziff. 7.1 AUB 2008)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliiegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2008 einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

18. Pflichtgefühl/Heilmaßnahmen

Geht der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

19. Bewusstseinsstörungen (Ziff. 5.1.1 AUB 2008)

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2008 sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt bis 1,1 Promille liegt.

20. Ausschlussklausel für Terrorismusschäden

Die folgende Ausschlussklausel für Terrorschäden findet auf folgende Erweiterungen der AUB 2008 Anwendung:

- Vergiftungen durch Dämpfe oder Gase,
- Nahrungsmittelvergiftungen.

Ungeachtet anders lautender Formulierungen oder Vereinbarungen im Vertrag oder seinen Anhängen sind aus der Deckung ausgeschlossen alle Schäden, Beschädigungen, Kosten oder Aufwendungen, welcher Art auch immer, die direkt oder indirekt durch Terror- oder Sabotageakte verursacht wurden oder das Ergebnis von ihnen sind oder damit in Zusammenhang stehen.

Terror- oder Sabotageakte sind jegliche Handlungen von Personen oder Personengruppen zur Erreichung politischer, religiöser, ethnischer, ideologischer oder ähnlicher Ziele, die geeignet sind, Angst und Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtungen Einfluss zu nehmen.

Diese Vereinbarung schließt weiterhin Schäden, Beschädigungen, Kosten oder Aufwendungen aus, die welcher Art auch immer, direkt oder indirekt dadurch verursacht, resultierend von oder in Zusammenhang mit jeglichen Aktivitäten, zur Kontrolle, Verhütung, Unterdrückung oder andere Wege zur Verhinderung der Aktionen des Terrorismus oder der Sabotage sind.

Im Schadenfall liegt die Beweislast dafür, dass der Schaden oder die

geltend gemachten Aufwendungen nicht unter diesen Ausschluss fallen, beim Versicherungsnehmer.

Sollten einzelne Bestimmungen in dieser Klausel ganz oder teilweise unwirksam oder nichtig sein oder werden, wird hierdurch die Rechtswirksamkeit des gesamten Vertrages nicht berührt. Die Parteien sind verpflichtet, zusammenzuwirken, um die unwirksame oder undurchführbare Bestimmung durch eine wirksame oder durchführbare Bestimmung zu ersetzen, die dem wirtschaftlichen Ergebnis der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung möglichst nahe kommt.

21. Unfall-Bestattungsvorsorge (Unfalltod)

Für die Leistungsart Unfall-Bestattungsvorsorge findet Ziffer 2.6 AUB 2008 Anwendung.

Besondere Bedingungen für Hilfsleistungen/Pflege (BB H/P-Senioren 50+ 2008)

1. Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistung nicht beansprucht werden.

2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

2.1.2 Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Umfang der Leistung

Nach Beauftragung durch uns führt der Dienstleister mit der betroffenen versicherten Person ein Erstgespräch zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, der vorhandenen Ressourcen und der Ermittlung und Abstimmung der einzelnen Hilfeleistungen. Die Leistung des Erstgesprächs umfasst erforderlichenfalls auch Gespräche mit Angehörigen. Nach Führung des Erstgesprächs informiert der Dienstleister uns über die erforderlichen Maßnahmen und die weitere Vorgehensweise. Den festgestellten Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 AUB 2008 unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

3. Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Hilfsleistungen

3.1.1 Menüservice

Die Leistung umfasst die Anlieferung von Menüs an die versicherte Person nach vorgegebener Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden je nach Angebot des Dienstleisters oder Dritter täglich heiß oder tiefgekühlt als Wochenblocks à sieben Mahlzeiten (eine Mahlzeit pro Wochentag), geliefert.

3.1.2 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Personen wöchentlich bis zu zwei Stunden Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Anfallende Gebühren und Kosten für die eingekauften Waren übernehmen wir nicht.

3.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir begleiten die versicherte Person, wenn deren persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten angeordnet bzw. erforderlich ist. Auf Wunsch der versicherten Person kann die Begleitung auch für einen Besuch des Friedhofs erfolgen.

Für diese Leistungen stehen der versicherten Person max. drei Stunden pro Woche zur Verfügung.

3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den allgemeinen Lebensbereich in der Wohnung der versicherten Person. Dazu gehören Wohn- und Schlafzimmer, Flur sowie Küche und Bad. Die Reinigung von Zimmern weiterer Familienmitglieder, von Kellern oder Außenbereichen ist ausgeschlossen. Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.

3.1.5 Wäscherservice

Wir sorgen für das Waschen und Pflegen der Kleidung und Wäsche der versicherten Person. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.

3.1.6 Hausnotruf

Bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen (Strom- und Telefon-

- anschluss) wird der versicherten Person bei Bedarf ein Hausnotrufgerät zur Verfügung gestellt.
Diese Leistung umfasst die Installation des Hausnotrufgerätes in der Wohnung und die Einweisung, die Aufschaltung des Hausnotrufgerätes auf die räumlich um die Uhr besetzte Hausnotrufzentrale des Dienstleisters sowie die Bearbeitung von Notrufen für einen Monat.
Die Kosten für die Bearbeitung von Notrufen in der Folgezeit übernimmt die versicherte Person.
- 3.2 Organisation von Hilfsleistungen
Zusätzlich zu den in Ziffern 3.1.1 bis 3.1.6 aufgeführten Leistungen organisieren wir auf Wunsch die folgenden Hilfeleistungen:
- 3.2.1 Unterbringung von Haustieren
Wir organisieren nach Anweisung der versicherten Person die Unterbringung eines Haustieres in einem Tierheim oder die Betreuung des Haustieres durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde der versicherten Person. Die Leistung umfasst nicht die Beaufsichtigung, Fütterung oder Beschäftigung des Haustieres durch Mitarbeiter des Dienstleisters.
- 3.2.2 Formularversand zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
Bei Bedarf stellt der Dienstleister der versicherten Person Formulare für Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zur Verfügung. Diese Leistung steht einmalig zur Verfügung.
- 3.2.3 Pflegeschulung
Sollte ein Angehöriger der versicherten Person Pflegeleistungen übernehmen wollen, so wird dieser Angehörige und die versicherte Person bezüglich der Pflegemaßnahmen geschult. Diese Leistung steht einmalig zur Verfügung.
- 3.3 Pflegeleistung
Die versicherte Person erhält von uns bis zu zweimal täglich eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.
- 4. Dauer der Leistung und Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung**
- 4.1 Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2.1. erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.
- 4.2 Was passiert nach Anerkennung einer Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung?
Werden ausschließlich Sachleistungen gewählt, erbringen wir ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Umfang von Ziffer 3 und 4.1 Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.
- 5. Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades**
- 5.1 Voraussetzungen und Umfang der Leistung
Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3 auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte 1. Grades der versicherten Person, sofern und soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist.
Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:
- Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
 - Für sie wurde eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.
- 5.2 Dauer der Leistung
- 5.2.1 Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 3 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 5.1 erfüllt.
- 5.2.2 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu sechs Monaten. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 4.2 entsprechend.
- 5.2.3 Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, gilt Ziffer 4.2 entsprechend. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.
- 5.2.4 Unsere Leistungen nach Ziffer 5 erbringen wir längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten, vom Unfalltag der versicherten Person an gerechnet.
- 6. Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Obliegenheiten)**
Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2008 gelten folgende Obliegenheiten:
- 6.1 Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen. Dies gilt auch für Personen, die gemäß Ziffer 5 unsere Leistungen erhalten.
- 6.2 Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.

- 6.3 Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich mitzuteilen. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziffer 8 AUB 2008 entsprechend.
- 7. Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebenen Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.

Besondere Bedingungen für das Hilfetagegeld in der Unfallversicherung (BB Hilfetagegeld 2008)

(Ziff. 2 AUB 2008)

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:

- 1. Voraussetzung für die Leistung**
Aufgrund eines Unfalles im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 ist die versicherte Person hilfebedürftig und befindet sich in ärztlicher Behandlung. Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens gleichzeitig in mindestens zwei der aufgeführten Bereiche ein Mal täglich Hilfe Dritter benötigt. Die unfallbedingte Hilfebedürftigkeit muss ärztlich bescheinigt werden.
Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens sind:
- a) Im Bereich der Körperpflege:
Das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung.
 - b) Im Bereich der Ernährung:
Das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung.
 - c) Im Bereich der Mobilität:
Das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
 - d) Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung:
Das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- 2. Art und Höhe der Leistung**
Das Hilfetagegeld wird bis zu der im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesenen Versicherungssumme wird ab dem 4. Tag nach Beginn der ärztlichen Behandlung und für die Dauer derselben gezahlt; längstens für 90 Tage.
Das Hilfetagegeld wird an die versicherte Person gezahlt.
Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich das Hilfetagegeld entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem Vertrag fällig. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung bei Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- 3. Ausschlüsse**
Das Hilfetagegeld wird nicht gezahlt während eines vollstationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung.
Für die Dauer eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland besteht kein Anspruch auf Hilfetagegeld.

Versicherer können heute ihre Aufgabe nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Gleiches gilt für die Tätigkeit des Sie betreuenden Vermittlers. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich bearbeiten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zu Ihrer Person (personenbezogene Daten) bezeichnen wir im folgenden vereinfachend als „Datenverarbeitung“. Diese Datenverarbeitung ist zulässig, wenn das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn Sie eingewilligt haben.

Bedeutung Ihrer Einwilligungserklärung

Die Datenverarbeitung über die gesetzlichen Erlaubnistatbestände hinaus bedarf Ihrer Einwilligung. Deshalb haben wir in den Versicherungsantrag eine „Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung“ aufgenommen. Das Vertrauen, das Sie uns mit Ihrer Einwilligung entgegenbringen, wissen wir zu schätzen. Wir werden mit Ihren Daten sorgfältig umgehen. Die Einwilligung gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus. Bei einer Antragsablehnung endet sie jedoch sofort – außer in der Kranken- und Unfallversicherung.

Schweigepflichtentbindung

Die Übermittlung von Daten, die einem Berufsgeheimnis (z. B. der ärztlichen Schweigepflicht) unterliegen, setzt eine spezielle Erlaubnis voraus, die „Schweigepflichtentbindung“. Für die Antragsprüfung werden solche Daten in der Regel nicht benötigt. Sollten wir diese Daten im Ausnahmefall dennoch brauchen, werden wir Sie direkt um Ihre Erlaubnis fragen. Im Leistungsfall werden wir Sie um die Entbindung von der Schweigepflicht bitten, wenn dies zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich wird.

Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir (die Würzburger Versicherungs-AG) speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Sachschaden oder bei erfolgter Schadenregulierung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer, andere Versicherer und externe Dienstleister

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer werden wir auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Versicherer und Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese benötigen im Einzelfall versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Leistungsfall ggf. auch Ihre Personalien.

Darüber hinaus bedienen wir uns im Leistungsfall qualifizierter externer Dienstleister um Sie – z. B. bei einem Schadenereignis im Ausland – unterstützen zu können. Hierzu werden Ihre Personalien und die nötigen Daten zur Kontaktaufnahme mit Ihnen weitergegeben.

3. Datenverarbeitung der Würzburger Versicherungs-AG

Um eine effiziente, kostengünstige und dem höchsten Stand der Technik entsprechende Abwicklung der Datenverarbeitung zu gewährleisten, ist die Würzburger Versicherungs-AG auch berechtigt, externe und nicht in Deutschland beheimatete Dienstleister mit der Sicherung oder der Verwaltung der Daten zu beauftragen oder deren Leistungen einzubeziehen. Die Würzburger Versicherungs-AG ist dafür verantwortlich, dass die Vorschriften des BDSG und auch die oben skizzierten Regelungen eingehalten werden. Die externen Dienstleister werden bezüglich der Vorschriften und Vorgaben entsprechend geschult und deren Einhaltung wird überwacht.

4. Betreuung durch Vertriebspartner

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots der Würzburger Versicherungs-AG bzw. ihrer Kooperationspartner werden Sie durch einen Vertriebspartner betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzangelegenheiten berät oder den Sie als Versicherungsmakler mit der Betreuung beauftragt haben,

bei Finanzdienstleistungen auch die betreffenden Kooperationspartner. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vertriebspartner zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vertriebspartner auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vertriebspartner verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vertriebspartner ist grundsätzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitsverpflichtungen (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vertriebspartner wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit (z.B. durch Kündigung des Vertriebspartnervertrags), regelt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Betreuung neu, sofern Sie nicht selbst einen anderen Vertriebspartner bestimmen; Sie werden darüber informiert.

5. Ihre Datenschutzrechte

Sie haben nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre durch uns gespeicherten Daten und deren Verwendung, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten.

Nach dem Teledienststedatenschutzgesetz haben Sie außerdem das Recht, eine eventuell erteilte Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Internet-Nutzungsdaten jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen sowie eventuell zu Ihrer Person oder unter einem Pseudonym gespeicherte Internet-Nutzungsdaten jederzeit einzusehen.

Bei Bedarf wenden Sie sich bitte stets an unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 23 Gefahrerhöhung

- (1) Der Versicherungsnehmer darf nach Abgabe seiner Vertragserklärung ohne Einwilligung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- (2) Erkennt der Versicherungsnehmer nachträglich, dass er ohne Einwilligung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder gestattet hat, hat er die Gefahrerhöhung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- (3) Tritt nach Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers eine Gefahrerhöhung unabhängig von seinem Willen ein, hat er die Gefahrerhöhung, nachdem er von ihr Kenntnis erlangt hat, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.