

Teil A - Leistungen

Unfallversicherung

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Was ist versichert?

(1) Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

(2) Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

(3) Definition Unfall (Unfallbegriff)

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

(4) Was darüber hinaus als Unfall gilt (erweiterter Unfallbegriff)

a) Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine andere Eigenbewegung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt;
Beispiel: Die versicherte Person stützt einen Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt;
Beispiel: Die versicherte Person zieht sich bei einer Gymnastikübung eine Muskelzerrung am Oberschenkel zu.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst und es besteht insoweit kein Versicherungsschutz.

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

b) Oberschenkelhalsbruch

Als Unfall gilt auch ein Oberschenkelhalsbruch, unabhängig von seiner Ursache. Ein Oberschenkelhalsbruch in diesem Sinne ist jede hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur.

c) Zeckenstiche

Versicherungsschutz besteht auch für Infektionen, die durch Zeckenstiche übertragen werden.

Beispiele: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Borreliose

Bei einem Zeckenstich gelten besondere Fristen für den Eintritt, die Feststellung und die Neubemessung der Invalidität sowie für die Geltendmachung Ihrer sonstigen Leistungsansprüche: Die Fristen beginnen nicht mit dem Unfall (Stich der Zecke), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

d) Impfschäden

Versicherungsschutz besteht auch für Impfschäden durch Impfungen gegen Infektionen. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsbeeinträchtigung. Eine Impfung gilt als Unfallereignis im Sinne von Absatz 3.

e) Rettung von Menschenleben

Vom Versicherungsschutz umfasst sind auch Gesundheitsschädigungen bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen.

f) Tauchen

Vom Versicherungsschutz umfasst sind auch Gesundheitsschädigungen beim Tauchen. Dies gilt auch für tauchtypische Gesundheitsschädigungen, wenn diese nicht durch einen Unfall verursacht sind (z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen).

g) Erfrieren, Ertrinken oder Erstickten

Vom Versicherungsschutz umfasst sind auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch

- Erfrieren;
- Ertrinken oder Erstickten unter Wasser.

h) Dämpfe, Gase oder sonstige schädliche Mittel

Versicherungsschutz besteht bei unfreiwilligen Gesundheitsschädigungen durch ausströmende

- Dämpfe,
- Gase oder
- sonstige schädliche Mittel (z. B. Säuren, Staubwolken oder Gifte).

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person diesen Einwirkungen unfreiwillig und nicht andauernd ausgesetzt war. Nicht versichert sind deshalb Gesundheitsschädigungen, die auf eine andauernde allmähliche Einwirkung zurückzuführen sind. Andauernd ist eine Einwirkung dann, wenn diese - auch mit Unterbrechungen - mehr als 7 Tage anhält.

i) Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den Entzug von

- Flüssigkeit,
- Nahrungsmitteln oder
- Sauerstoff.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person dem Entzug plötzlich und unfreiwillig ausgesetzt war und sich diesem nicht aus eigener Kraft entziehen konnte.

(5) Gesundheitsschäden durch Strahlen und Infektionen bei Ausübung der beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit

Bei Ausübung der beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit besteht unter nachfolgenden Voraussetzungen Versicherungsschutz auch für folgende Gesundheitsschäden:

a) Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen sowie
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Voraussetzung ist: Die versicherte Person hat diese in Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit erlitten. Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eingetreten sind.

b) Infektionen

Versicherungsschutz besteht für Infektionen, wenn sich die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit infiziert hat.

Voraussetzung ist: Die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:

- Beschädigung der Haut. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
- Plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten reichen nicht aus, außer bei Infektionen mit Diphtherie und Tuberkulose.

Bei Infektionen gelten besondere Fristen für den Eintritt, die Feststellung und die Neubemessung der Invalidität sowie für die Geltendmachung Ihrer Leistungsansprüche:

Die Invalidität aufgrund der Infektion muss innerhalb von 39 Monaten nach dem Unfall

- eintreten,
- von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- bei uns geltend gemacht werden.

(6) Einschränkung unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (siehe Ziffer 2.1) und zu den Ausschlüssen (siehe Ziffer 2.2).

1.2 Wann hilft der Unfallberater?

Nach einem Unfall können Sie sich 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche an den Unfallberater wenden.

Der Unfallberater berät bei allen Fragen zu den versicherten Leistungen, koordiniert und organisiert

- Notfalleleistungen (Ziffer 1.3.3);
- Hilfsmittel (Ziffer 1.3.6);
- Ausbildungs- und berufsbezogene Beratung (Ziffer 1.3.7);
- Beratung zu Umbaumaßnahmen (Ziffer 1.3.8).

1.3 Welche Leistungen sind versichert? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungen?

Im Folgenden beschreiben wir unsere Leistungen und deren Voraussetzungen.

In den Zusatzbausteinen können weitere Leistungen geregelt sein, die Sie zusätzlich abgeschlossen haben.

Welche Leistungen und Versicherungssummen Sie mit uns vereinbart haben, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen.

Inhalt dieses Abschnitts:

1.3.1	Invaliditätsleistung
1.3.2	Sofortleistung bei schweren Verletzungen
1.3.3	Notfalleleistungen
1.3.4	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
1.3.5	Kosten für kosmetische Operationen
1.3.6	Hilfsmittel
1.3.7	Ausbildungs- und berufsbezogene Beratung
1.3.8	Beratung zu Umbaumaßnahmen (Wohnen und Mobilität)
1.3.9	Familien-Vorsorge
1.3.10	Beitragsbefreiung für minderjährige Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers

1.3.1 Invaliditätsleistung

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und
- eine Änderung des Zustands nicht zu erwarten ist.

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

b) Prozentsatz ab dem die Invaliditätsleistung gezahlt wird (Mindestinvaliditätsgrad)

Wir zahlen die Invaliditätsleistung nur dann, wenn der unfallbedingte Invaliditätsgrad mindestens den vertraglich vereinbarten Prozentsatz (Mindestinvaliditätsgrad) beträgt. Voraussetzung dabei ist, dass sich diese Invalidität ohne eine bereits vor dem Unfall bestehende Invalidität ergibt.

Welchen Prozentsatz Sie vereinbart haben, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

c) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

d) Geltendmachung der Invalidität

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

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

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

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

e) Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfalleistung gemäß Teil A Zusatzbaustein Todesfalleistung, wenn Sie diesen Zusatzbaustein abgeschlossen haben. Ob Sie eine Todesfalleistung vereinbart haben, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

(2) Art und Höhe der Leistung

a) Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 EUR.

b) Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (siehe Absatz aa), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind;
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit (siehe Absatz bb) dauerhaft beeinträchtigt ist.

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (siehe Ziffer 6.2).

aa) Gliedertaxe

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

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über 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 der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

bb) Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile und Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

c) Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Absatz b) bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent). Diese 7 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

d) Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengenommen.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

e) Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (siehe Absatz 1 e) oder ist, gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall verstorben und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Absatz 1 sind erfüllt.

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

(3) Progressive Invaliditätsstaffel 500

a) Voraussetzungen

Mit der Progressiven Invaliditätsstaffel 500 wird Ihre Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von 25 Prozent erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach den Absätzen 1 und 2 sowie nach Ziffer 2.1 ermittelt.

b) Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich dies im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
%	%	%	%
1	1	31	43
2	2	32	46
3	3	33	49
4	4	34	52
5	5	35	55
6	6	36	58
7	7	37	61
8	8	38	64
9	9	39	67
10	10	40	70
11	11	41	73
12	12	42	76
13	13	43	79
14	14	44	82
15	15	45	85
16	16	46	88
17	17	47	91
18	18	48	94
19	19	49	97
20	20	50	100
21	21	51	108
22	22	52	116
23	23	53	124
24	24	54	132
25	25	55	140
26	28	56	148
27	31	57	156
28	34	58	164
29	37	59	172
30	40	60	180

Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme	Unfallbedingter Invaliditätsgrad	Leistung aus der Versicherungssumme
%	%	%	%
61	188	81	348
62	196	82	356
63	204	83	364
64	212	84	372
65	220	85	380
66	228	86	388
67	236	87	396
68	244	88	404
69	252	89	412
70	260	90	420
71	268	91	428
72	276	92	436
73	284	93	444
74	292	94	452
75	300	95	460
76	308	96	468
77	316	97	476
78	324	98	484
79	332	99	492
80	340	100	500

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig und führt bei der versicherten Person zu einer Invalidität von 70 Prozent. Bei einer Versicherungssumme von 100.000 EUR erbringen wir eine Invaliditätsleistung in Höhe von 260.000 EUR.

c) Maximale Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent (TopSchutz)

Wenn Sie mit uns den TopSchutz vereinbart haben (siehe Versicherungsschein), gilt Folgendes: Wir zahlen ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent einmalig 500 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für den Invaliditätsfall nach der Progressiven Invaliditätsstaffel 500.

Beispiel: Es besteht unfallbedingt ein Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Bei einer vereinbarten Versicherungssumme von 100.000 EUR zahlen wir 500.000 EUR.

1.3.2 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Bei schweren Verletzungen bieten wir Ihnen gemäß den nachfolgenden Regelungen schnelle finanzielle Hilfe, die auf die spätere Invaliditätsleistung angerechnet wird.

(1) Voraussetzungen für die Sofortleistung

Bei der versicherten Person ist durch einen Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen eingetreten:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;
- Schädelhirnverletzungen (Kontusion / Hirnquetschung oder Hirnblutung);
- Verbrennung zweiten oder dritten Grades von mindestens 30 Prozent der Körperoberfläche;
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20;
- Polytrauma;
- gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen.

Ein Anspruch auf die Sofortleistung entsteht dann nicht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von zwei Wochen nach dem Unfall stirbt.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Sofortleistung in Höhe von 10 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für den Invaliditätsfall, höchstens jedoch 25.000 EUR.

Liegen mehrere Verletzungen im Sinne von Absatz 1 wegen des gleichen Unfalls vor, zahlen wir die Sofortleistung nur einmal.

Unsere Sofortzahlung rechnen wir auf eine eventuell zu erbringende Invaliditätsleistung nach Ziffer 1.3.1 an.

1.3.3 Notfalleleistungen

Im Falle eines Unfalls der versicherten Person erbringen wir die nachfolgend beschriebenen Leistungen.

(1) Art und Umfang der Leistung

a) Benachrichtigen der Angehörigen

Wir benachrichtigen auf Wunsch die Angehörigen der versicherten Person. Im Falle schwerster Verletzung der versicherten Person benachrichtigen wir die Angehörigen nach Information durch den Arzt oder das Pflegepersonal.

b) Benennen eines geeigneten Krankenhauses

Wir benennen das nächstgelegene geeignete Krankenhaus zur Behandlung der Verletzung der versicherten Person. Falls erforderlich, nehmen wir Kontakt mit der Klinik auf und besprechen die von der versicherten Person gewünschte Unterbringung.

c) Zusätzliche Hilfe bei Unfällen während einer Auslandsreise

Bei Unfällen der versicherten Person während einer Auslandsreise erbringen wir zusätzlich die nachfolgenden Leistungen.

aa) Organisation Krankenrücktransport bei medizinischer Notwendigkeit

Stellen wir eine medizinische Notwendigkeit fest, organisieren wir den Krankenrücktransport in ein in Deutschland gelegenes Krankenhaus. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt wählen wir das Transportmittel aus, entscheiden über etwaiges Begleitpersonal und legen Ziel und Zeitpunkt des Rücktransports fest.

bb) Dolmetscherleistungen im Krankenhaus

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person unterstützen wir wie folgt:

Wir setzen uns mit dem behandelnden Arzt in Verbindung und klären

- die Verletzungsfolgen,
- die beabsichtigte Behandlung und
- den erhofften Heilverlauf.

Die versicherte Person informieren wir in ihrer Muttersprache.

cc) Information über Pflegeklassen im Krankenhaus

Bei stationärer Behandlung der versicherten Person informieren wir über die bestehenden Pflegeklassen und deren Kosten.

dd) Verlust der Ausweispapiere

Gehen Ausweispapiere verloren oder werden Kautionen gefordert, um die Ausreise zu ermöglichen, unterstützen wir wie folgt:

- Wir helfen bei der Ersatzbeschaffung der Papiere,
- bei der Hinterlegung der Kaution und
- benennen, soweit möglich, deutsch- oder englischsprachige Anwälte.

d) Zusätzliche Geldleistungen

aa) Zusätzlich notwendige Heimreise- oder Unterbringungskosten für mitreisende Angehörige

Wir übernehmen zusätzlich notwendige Heimreise- und/oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

Die Reisekosten übernehmen wir für

- Bahnfahrten 2. Klasse;
- Flüge in der Economy-Class, wenn eine Bahnfahrt länger als 10 Stunden dauern würde;
- sonstige öffentliche Verkehrsmittel.

bb) Kosten für Nachreise und Unterbringung einer nahe stehenden Person

Bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person von mindestens 10 Tagen gilt Folgendes: Wir übernehmen die Kosten

für Nachreise und Unterbringung einer der versicherten Person nahe stehenden Person.

Die Reisekosten übernehmen wir für

- Bahnfahrten 2. Klasse;
- Flüge in der Economy-Class, wenn eine Bahnfahrt länger als 10 Stunden dauern würde;
- sonstige öffentliche Verkehrsmittel.

Die Unterbringungskosten übernehmen wir in Höhe von bis zu 60 EUR für jeden Tag der stationären Behandlung, längstens jedoch für 2 Wochen.

e) Reisemedizinische Beratung

Vor einer Auslandsreise erhält die versicherte Person von uns auf Wunsch ärztliche Tipps zur Ausstattung ihrer Reiseapotheke sowie Informationen über empfohlene Schutzimpfungen.

(2) Geltungsbereich für die Leistung

Die Notfalleleistungen erbringen wir weltweit.

Ausnahme:

Die zusätzliche Hilfe bei Unfällen während einer Auslandsreise (siehe Absatz 1 c) erbringen wir nur bei Reisen außerhalb Deutschlands. Die Leistungen gelten nicht, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthaltsort außerhalb Deutschlands hat.

1.3.4 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten entstanden für

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten;
- den ärztlich angeordneten Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik;
- den Mehraufwand bei der Rückkehr zum ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Empfehlung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei unfallbedingtem Tod.

Einem Unfall steht es gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

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

(2) Art und Höhe der Leistung

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

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

1.3.5 Kosten für kosmetische Operationen

(1) Voraussetzungen für die Leistung

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

Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Beschädigung von Zähnen gelten auch im Rahmen der Heilbehandlung als kosmetische Operationen. Nicht versichert sind Reparaturen an und Wiederherstellung von herausnehmbaren Zähnen und Gebissen.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt oder Zahnarzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls minderjährig, kann die kosmeti-

sche Operation auch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres erfolgen.

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

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzt- bzw. Zahnarzt Honorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus sowie
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- insgesamt bis zur Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können Kosten kosmetischer Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

1.3.6 Hilfsmittel

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 1.3.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfsmitteln aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

c) Keine Leistungen durch andere Leistungsträger

Die versicherte Person erhält die nachfolgenden Leistungen nur, sofern und soweit diese nicht von anderen Leistungsträgern, insbesondere von Sozialversicherungsträgern übernommen werden.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir beraten zu erforderlichen Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Rollstühle, Gehhilfen) und vermitteln diese.

Wir erstatten die nachgewiesenen und nicht von Dritten übernommenen Kosten für die Anschaffung dieser Hilfsmittel. Unsere Kostenerstattung erfolgt bis zur Höhe von insgesamt 10.000 EUR für alle Hilfsmittel zusammen.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des 3. Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Unsere Leistung erbringen wir ausschließlich in Deutschland, unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

1.3.7 Ausbildungs- und berufsbezogene Beratung

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 1.3.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Beratungsleistungen aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

(2) Art und Umfang der Leistung

Wir beraten zu beruflichen oder ausbildungsbezogenen Wiedereingliederungs- und Umschulungsmaßnahmen und vermitteln diese.

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in schulischer Ausbildung beraten wir zu geeigneten schulischen Maßnahmen und geeigneten Schulen und vermitteln diese.

Für die Durchführung der Leistungen übernehmen wir keine Kosten.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des 3. Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Unsere Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland, unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

1.3.8 Beratung zu Umbaumaßnahmen (Wohnen und Mobilität)

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

Ein Unfall hat bei der versicherten Person zu einer Invalidität im Sinne von Ziffer 1.3.1 geführt.

b) Individueller Bedarf

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Beratungsleistungen aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen. Diesen Bedarf decken wir mit den in Absatz 2 aufgeführten Leistungen.

(2) Art und Umfang der Leistung

Wir beraten zu erforderlichen Umbauten in den Bereichen "Wohnen" und "Kraftfahrzeug/Mobilität".

Für die Durchführung der Leistungen übernehmen wir keine Kosten.

(3) Dauer der Leistung

Wir erbringen unsere Leistungen, solange der Bedarf nach Absatz 1 besteht. Längstens leisten wir jedoch bis zum Ende des 3. Jahres ab dem Tag des Unfalls.

(4) Geltungsbereich der Leistung

Unsere Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland, unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

1.3.9 Familien-Vorsorge

Neu hinzukommende Ehepartner oder Kinder der versicherten Person sind für einen begrenzten Zeitraum mitversichert.

(1) Voraussetzungen für die Leistung und Dauer der Familien-Vorsorge

Zum Zeitpunkt der Eheschließung bzw. der Geburt oder der Adoption des minderjährigen Kindes besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

Die Familien-Vorsorge gilt für die Dauer von 3 Monaten nach Eheschließung bzw. Geburt oder Adoption.

Informieren Sie uns während dieser 3 Monate über die Eheschließung bzw. Geburt oder Adoption, gilt Folgendes: Der Versicherungsschutz verlängert sich um weitere 9 Monate auf insgesamt 12 Monate.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, kann die Familien-Vorsorge nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

(2) Art und Höhe der Leistung

Für die Familien-Vorsorge gelten folgende Leistungen und Versicherungssummen.

a) Invaliditätsleistung

Für den Invaliditätsfall (siehe Ziffer 1.3.1) ist eine Versicherungssumme bis zur Höhe von 60.000 EUR versichert.

Die Leistung berechnet sich nach dem unfallbedingten Invaliditätsgrad. Die Bestimmungen zu einer Progressiven Invaliditätsstaffel ab bestimmten Invaliditätsgraden (siehe Ziffer 1.3.1 Absatz 3) gelten hierfür nicht.

b) Todesfalleistung

Für den Todesfall ist eine Versicherungssumme

- für Ehegatten in Höhe von 12.000 EUR;
- für Kinder in Höhe von 6.000 EUR

unter den nachfolgenden Voraussetzungen versichert:

- Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.
- Es gilt die Frist zur Meldung innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall (siehe Ziffer 3.1 Absatz 5).

1.3.10 Beitragsbefreiung für minderjährige Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers

Nach Ihrem Tod führen wir die Unfallversicherung für minderjährige Kinder unter den nachfolgenden Voraussetzungen beitragsfrei fort:

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Sie als Versicherungsnehmer

- haben ein Kind versichert,
- versterben vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet,
- versterben vor Vollendung Ihres 75. Lebensjahres,
- haben den Vertrag zu diesem Zeitpunkt noch nicht gekündigt und
- der Vertrag hat zu diesem Zeitpunkt schon mindestens ein Jahr bestanden. Diese Jahresfrist gilt nicht, wenn Ihr Tod nach Vertragsbeginn aufgrund eines Unfalls im Sinne dieses Vertrags eingetreten ist.

(2) Art und Höhe der Leistung

Bei Beitragsbefreiung leisten wir Folgendes:

- Wir führen die Unfallversicherung in dem bisherigen Umfang weiter,
- die Beitragszahlung endet ab der nächsten auf den Todestag folgenden Beitragsfälligkeit und
- der Versicherungsschutz besteht bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Es gilt außerdem Folgendes:

- Wenn Sie den Zusatzbaustein Dynamik abgeschlossen haben, entfällt dieser (siehe Teil A Zusatzbaustein Dynamik Ziffer 2 Absatz 2). Ob Sie den Zusatzbaustein Dynamik vereinbart haben, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.
- Versicherungsnehmer wird der überlebende Ehegatte des bisherigen Versicherungsnehmers, es sei denn, Sie haben eine andere Vereinbarung mit uns getroffen.

1.4 Für welche Dienstleister übernehmen wir die Kosten und wie sind die Rechtsverhältnisse?

Wir können qualifizierte Dienstleister für die Erfüllung unserer Unterstützung- und Beratungsleistungen beauftragen.

Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Wir übernehmen keine Kosten für Leistungen, die wir lediglich organisieren. Ebenso übernehmen wir keine Kosten für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person selbst bei unseren Dienstleistern oder Dritten in Auftrag geben. Vertragliche Beziehungen kommen dann zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den beauftragten Dienstleistern zustande.

2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.1 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

(1) Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

(2) Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen bei der Invalidität

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

a) Minderung des Prozentsatzes des Invaliditätsgrads

Entsprechend des Umfangs, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich der Prozentsatz des Invaliditätsgrads.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 60 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 4 Prozent.

b) Keine Minderung bei Mitwirkungsanteil von weniger als 50 Prozent

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

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

c) Mitwirkung beim Oberschenkelhalsbruch

Beim Oberschenkelhalsbruch erfolgt keine Kürzung, wenn Krankheiten oder Gebrechen am Bruch (Unfallereignis) mitgewirkt haben. Haben jedoch bei den Folgen des Oberschenkelhalsbruchs Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, mindert sich der Prozentsatz des Invaliditätsgrads entsprechend den Absätzen a) und b).

2.2 Was ist nicht versichert?

(1) Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a) Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese
- alkoholbedingt sind und der Unfall beim Führen von Kraftfahrzeugen mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintritt oder
 - auf der Einnahme von sonstigen Drogen oder Rauschmitteln beruhen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Beispiele: Die versicherte Person

- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab;
- kommt unter Alkoholeinfluss von 1,4 Promille mit dem Fahrzeug von der Straße ab.

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

c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht;
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg;
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen. In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

d) Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt; Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs; Beispiele: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind. Beispiele: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung

e) Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Ausnahme:

- Unfälle der versicherten Person bei der aktiven Teilnahme an genehmigten Rennen mit Motorfahrzeugen, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist; Beispiel: Fahren mit Leihkarts auf einer Indoorkart-Anlage ist versichert.
- Unfälle der versicherten Person bei Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, bei denen es allein um das Einhalten einer Durchschnittsgeschwindigkeit geht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

(2) Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

a) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.1 Absatz 3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

b) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:

Die versicherte Person erleidet einen Gesundheitsschaden in Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit nach Ziffer 1.1 Absatz 5 a).

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

c) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe

gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

d) Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf;
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die nach Absatz c) ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht;
- durch einen Zeckenstich nach Ziffer 1.1 Absatz 4 c);
- bei der Ausübung ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit nach Ziffer 1.1 Absatz 5 b).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

e) Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

f) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:

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

Ausnahme:

Wenn ein unter den Vertrag fallendes Unfallereignis zu einer hirnorganischen Verletzung geführt hat und diese die überwiegende Ursache der psychischen Störung ist. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Ein Schweres Schädel-Hirn-Trauma führt zu erheblichen Konzentrationsstörungen.

3. Ihre Obliegenheiten

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen sind in Ziffer 1.3 geregelt.

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

(1) Hinzuziehen eines Arztes

Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt,

- müssen Sie oder die versicherte Person
- unverzüglich einen Arzt hinzuziehen,
- seine Anordnungen befolgen und
- uns unterrichten.

(2) Angaben zum Versicherungsfall

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

(3) Untersuchung durch Ärzte

Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

(4) Auskünfte durch Ärzte

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

(5) Meldung bei Tod aufgrund Unfallfolgen

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden.

Soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, gilt Folgendes: Uns ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion - durch einen von uns beauftragten Arzt - durchführen zu lassen.

(6) Informationen zum Gesundheitszustand

Damit wir unsere Beratungs- und Unterstützungsleistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit dies zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Während der Leistungserbringung müssen Sie oder die versicherte Person uns Änderungen des Gesundheitszustands unverzüglich mitteilen.

(7) Informationen zu Leistungen und Leistungszusagen Dritter

Für die Erbringung unserer Beratungs- und Unterstützungsleistungen ist es wichtig, diese auf die Maßnahmen von anderen Trägern, insbesondere solche der gesetzlichen Sozialversicherung abzustimmen. Sie oder die versicherte Person müssen uns deshalb Auskünfte über Art und Umfang dieser Leistungen erteilen und uns auf Verlangen entsprechende Nachweise geben.

3.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

4. Beitragsanpassung bei verändertem Schadenbedarf

Wann können wir den Beitrag bei verändertem Schadenbedarf anpassen?

(1) Anpassung bei verändertem Schadenbedarf

Wir können den Beitrag bei einer Veränderung des Schadenbedarfs nach den nachfolgenden Bestimmungen anpassen.

(2) Jährliche Überprüfung des Schadenbedarfs

Wir überprüfen einmal im Kalenderjahr, ob sich der Schadenbedarf verändert hat (Neukalkulation).

Die Neukalkulation erfolgt nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik. Wir gehen dazu wie folgt vor:

Bei der Ermittlung des Schadenbedarfs fassen wir die Verträge zusammen, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen. Die Neukalkulation richtet sich nach der Schadenentwicklung in der Vergangenheit sowie nach der voraussichtlichen Schadenentwicklung bis zum Ende des Kalenderjahres, welches dem Jahr der Neukalkulation folgt.

Bei unserer Überprüfung vergleichen wir den aktuellen Schadenbedarf mit dem Schadenbedarf, welcher der letzten Beitragsfestsetzung zugrunde gelegen hat und ermitteln so die Veränderungsquote.

Soweit im Beitrag Nachlässe berücksichtigt sind, werden diese Nachlässe in die Ermittlung des Schadenbedarfs nicht einbezogen.

Im Falle einer im Versicherungsjahr gleichzeitig wirkenden Anpassung des Beitrags nach Vollendung des 18. oder ab dem 55. Lebensjahr sowie bei Änderung der Berufstätigkeit (Ziffer 5) gilt: Wir ermitteln nur Veränderungen des Schadenbedarfs, die nicht bereits über Ziffer 5 berücksichtigt wurden.

(3) Recht zur Beitragserhöhung; Pflicht zur Beitragssenkung

Bei einer Erhöhung des Schadenbedarfs sind wir berechtigt, den Beitrag um die ermittelte Veränderungsquote zu erhöhen. Bei einer Senkung des Schadenbedarfs sind wir verpflichtet, den Beitrag um die ermittelte Veränderungsquote zu senken.

(4) Überprüfung der Anpassung durch unabhängigen Treuhänder

Voraussetzung für eine Beitragsanpassung ist, dass ein unabhängiger Treuhänder die der Anpassung zugrunde liegenden Statistiken gemäß den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik überprüft und die korrekte Durchführung der Berechnung bestätigt hat.

(5) Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Die Beitragsanpassung gilt ab Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres, frühestens jedoch einen Monat nach Mitteilung der Anpassung.

(6) Unterbleiben einer Beitragsanpassung

Eine Beitragsanpassung unterbleibt, wenn die Veränderungsquote seit der letzten Anpassung unter 3 Prozent liegt.

Die Anpassung unterbleibt außerdem, wenn seit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn noch nicht 12 Monate abgelaufen sind.

(7) Ihr Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Neukalkulation, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung hierüber kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Wir werden Sie in der Mitteilung über die Beitragserhöhung auf das gesetzliche Kündigungsrecht hinweisen.

5. Anpassung des Versicherungsschutzes bei Vollendung des 18. oder 55. Lebensjahres und bei Änderung der Berufstätigkeit

5.1 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

(1) Umstellung auf Erwachsenentarif

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, gilt Folgendes: Wir stellen die Versicherung auf den entsprechenden Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

(2) Wahlrecht

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens 2 Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

5.2 Was müssen Sie bei Vollendung des 55. Lebensjahres beachten?

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, führen wir den Vertrag unter den nachfolgend geregelten Abweichungen fort. Im Übrigen bleiben die vertraglich vereinbarten Leistungen unverändert.

(1) Jährliche Erhöhung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich jährlich um 5 Prozent, ohne dass sich die Versicherungssummen ändern. Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensalter vollendet, endet diese jährliche Erhöhung.

(2) Entfallen des Zusatzbausteins Dynamik (sofern abgeschlossen)

Wenn Sie den Zusatzbaustein Dynamik abgeschlossen haben, entfällt dieser (siehe Teil A Zusatzbaustein Dynamik Ziffer 2 Absatz 1).

(3) Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit

Die Regelungen bei Änderung der Berufstätigkeit nach Ziffer 5.3 bleiben bestehen.

(4) Wirksamwerden der Änderungen

Die Änderungen nach den Absätzen 1 bis 3 gelten ab folgendem Zeitpunkt:

- Ab Beginn des Versicherungsjahres, das dem Versicherungsjahr folgt, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet;
- frühestens jedoch einen Monat nach Mitteilung der Änderungen.

(5) Information über die Änderungen

Wir informieren Sie rechtzeitig über die Änderungen nach den Absätzen 1 bis 3 und die neuen Beiträge.

(6) Ihr Kündigungsrecht bei Beitragserhöhung

Erhöht sich der Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung hierüber kündigen. Ihre Kündigung wird mit Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam.

5.3 Was müssen Sie bei Änderung der Berufstätigkeit beachten?

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit der versicherten Person ab. Je nach Tätigkeit erfolgt eine Einstufung in Berufsgruppe A oder B. Das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis finden Sie im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen. Für einzelne Berufe gelten abweichende Rege-

lungen. Diese finden Sie ebenfalls im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen.

(1) Mitteilung der Änderung

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

(2) Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, wirkt sich dies wie folgt aus: Die niedrigeren Versicherungssummen gelten nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung.

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

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

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

6. Fälligkeit unserer Leistungen und Neubemessung des Invaliditätsgrads

6.1 Wann sind unsere Leistungen fällig?

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

(1) Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Leistungsansprüchen aufgrund Invalidität beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 3.1.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir

- bei der Invaliditätsleistung bis zu 1 Promille der versicherten Summe;
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 1 Prozent der jeweils versicherten Summe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

(2) Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von 2 Wochen.

(3) Vorschüsse

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

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

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

6.2 Wann kann die Invalidität neu bemessen werden?

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

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre.

Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

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

7. Weitere Bestimmungen

Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

(1) Versichert ist ein Dritter, z. B. ein Familienangehöriger (Fremdversicherung)

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn Sie als Versicherungsnehmer die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen haben, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

(2) Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

(3) Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

(4) Bezugsrecht

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn uns diese Verfügung von Ihnen

- zu Lebzeiten der versicherten Person
- in Textform

angezeigt worden ist. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail, ein Brief oder ein Telefax die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.