



Versicherungsbedingungen Unfallschutzbrief

In der Fassung USchB 13-1-9 Stand: Mai 2009

- A) Allgemeiner Teil der Versicherungsbedingungen Unfallschutzbrief**
1. Vorbemerkung
 2. Kombiversicherung und Einzelversicherung
 3. Besonderheiten der Kombiversicherung
 4. Kein Versicherungsschutz bei bestimmten Vorschäden
 5. Anzeigepflichten vor Abgabe der Vertragserklärung und mögliche Rechtsfolgen
 6. Obliegenheiten bei Gefahrerhöhung und mögliche Rechtsfolgen
 7. Vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles und mögliche Rechtsfolgen
 8. Anzeigen und Willenserklärungen
 9. Laufzeit und Kündigung des Vertrages
 10. Abschlussgebühr
 11. Fälligkeit des Erstbeitrages und Beginn des Versicherungsschutzes
 12. Fälligkeit der Folgebeiträge
 13. Besonderheiten beim Lastschriftverfahren
 14. Beitragsanpassung
 15. Mehrere Versicherungsnehmer
 16. Regulierung innerhalb von 48 Stunden und Auszahlung einer Entschädigungsleistung
 17. Selbstbeteiligung
 18. Datenverarbeitung
 19. Verjährung
 20. Gerichtsstand
 21. Anzuwendendes Recht
- 1. Vorbemerkung**
- 1.1. Die Versicherungsbedingungen der DFV Deutsche Familienversicherung AG konkretisieren den abgeschlossenen Versicherungsvertrag in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein ergibt. Daneben kommen sonstige Vorschriften, insbesondere des Zivilrechts, wie das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) oder das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), in den jeweils gültigen Fassungen zur Anwendung.
 - 1.2. Um die Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt, der Versicherungsnehmer, mit „wir“ oder „uns“ die DFV Deutsche Familienversicherung AG gemeint.
 - 1.3. Die Nummern in diesen Bedingungen beziehen sich, soweit nichts anderes angegeben ist, auf den jeweiligen Abschnitt dieses Bedingungswerkes.
- 2. Kombiversicherung und Einzelversicherung**
- Sie können ein Versicherungspaket, eine so genannte Kombiversicherung oder einzelne Versicherungen separat abschließen. Eine Kombiversicherung beinhaltet in einem Vertrag mehrere versicherte Risiken.
- 3. Besonderheiten der Kombiversicherung**
- 3.1. Bei einer Kombiversicherung handelt es sich um eine Pauschal- bzw. Höchstsummenversicherung, die unter Umständen Ihre individuellen Bedürfnisse nicht vollständig berücksichtigen kann. Es liegt daher in Ihrer Verantwortung vor und nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu prüfen, ob die gewünschten bzw. vereinbarten Versicherungssummen Ihren Bedürfnissen entsprechen und diese bei Bedarf im Rahmen der von uns angebotenen Leistungserweiterungen anzupassen.
 - 3.2. Im Rahmen der Kombiversicherung kann die Änderung Ihres Wohnsitzes oder Ihres Familienstandes Einfluss auf den Leistungsumfang der Unfall- oder Hausratversicherung haben. In der Unfallversicherung hängt der Grad, ab dem eine Invaliditätsleistung erfolgt (Invaliditätsgrad), wesentlich von Ihrem Wohnsitz und Ihrem Familienstand ab. In der Hausratversicherung kann die Höhe der Versicherungssumme von der für den Versicherungsort geltenden Tarifzone abhängig sein. Grundlage für die Einstufung und Bemessung des Invaliditätsgrades oder der Versicherungssumme bilden unsere Tabellen zu den Tarifzonen und dem Familienstand.
 - 3.3. Eine Änderung des Wohnsitzes oder des Familienstandes der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen.
 - 3.4. Ergibt sich nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif ein höherer oder niedrigerer Invaliditätsgrad, gilt dieser nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
- 4. Kein Versicherungsschutz bei bestimmten Vorschäden**
- Kein Versicherungsschutz besteht trotz Abschluss des Versicherungsvertrages und Beitragszahlung, wenn das versicherte Risiko vor Abschluss des Versicherungsvertrages bei einem anderen Vorversicherer versichert war und von diesem Vorversicherer wegen Schäden gekündigt wurde oder Sie, bezogen auf das versicherte Risiko, bei ihrem Vorversicherer 3 Vorschäden oder Vorschäden in Höhe von insgesamt über 5.000 € in den letzten 5 Jahren vor Abschluss des Versicherungsvertrages hatten, es sei denn, es wurde mit Ihnen im Einzelfall etwas anderes vereinbart und ausdrücklich in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert.
- 5. Anzeigepflichten vor Abgabe der Vertragserklärung und mögliche Rechtsfolgen**
- 5.1. Sie haben uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gleiches gilt für Fragen zu den Gefahrumständen, die wir nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme gestellt haben.
 - 5.2. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob

fahrlässig gehandelt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände – wenn auch zu anderen Bedingungen – geschlossen hätten. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag den geänderten Bedingungen anzupassen.

5.3. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt eines Versicherungsfalles, bleiben wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wir sind allerdings von der Leistung frei, wenn Sie arglistig gehandelt haben.

5.4. Können wir aufgrund der vorstehenden Regelungen nicht vom Vertrag zurücktreten, sind wir berechtigt, den Vertrag mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, es sei denn wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen. Auch in diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag den geänderten Bedingungen anzupassen.

5.5. Ergänzend gelten die §§ 19 bis 22 VVG.

6. Obliegenheiten bei Gefahrerhöhung und mögliche Rechtsfolgen

6.1. Sie haben uns nach Abschluss des Vertrages jede Änderung bezüglich der bei Abschluss des Vertrages angezeigten Umstände unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt sowohl für die Änderung Ihrer persönlichen Antragsdaten wie Namen, Anschrift, Familienstand und Beruf als auch für die Änderung der tatsächlich vorhandenen Umstände, soweit sie sich auf das versicherte Risiko beziehen und eine Gefahrerhöhung darstellen.

6.2. Sie dürfen nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung die tatsächlich vorhandenen Umstände weder ändern noch einer solchen Änderung zustimmen, sofern die Änderung bezogen auf das versicherte Risiko eine Gefahrerhöhung darstellt. Dies ist dann der Fall, wenn durch die geänderten Umstände der Eintritt des Versicherungsfalles, eine Vergrößerung des Schadens oder unsere ungerechtfertigte Inanspruchnahme wahrscheinlicher wäre. Sobald Sie erkennen, dass eine Gefahrerhöhung eingetreten ist oder eine von Ihnen vorgenommene oder von Ihnen gestattete Änderung eine Gefahrerhöhung darstellt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

6.3. Unterlassen Sie die unverzügliche Anzeige der Gefahrerhöhung, können wir zur Kündigung des Vertrages oder zu einer Beitragserhöhung und bei Eintritt des Versicherungsfalles nach einer Gefahrerhöhung bei Vorsatz ganz und bei grober Fahrlässigkeit teilweise von der Leistung frei sein.

6.4. Ergänzend gelten die §§ 23 bis 27 VVG.

7. Vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles und mögliche Rechtsfolgen

7.1. Nach diesen Bedingungen haben Sie uns gegenüber bestimmte, vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen. Soweit die Obliegenheiten für alle Versicherungen gelten, sind sie nachfolgend aufgeführt. Soweit sie nur für einzelne Versicherungen gelten, sind sie im jeweiligen Abschnitt dieses Bedingungswerkes ge-

sondert vereinbart und verweisen auf die nachstehenden Regelungen. In jedem Fall gelten die nachstehenden Rechtsfolgen.

7.2. Bei Verletzung einer der vertraglichen Obliegenheiten, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles uns gegenüber zu erfüllen haben, können wir den Vertrag binnen eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, fristlos kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

7.3. Sobald Sie Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen und uns auf Verlangen auch jede weitere Auskunft erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist.

7.4. Sie haben bei Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung oder Minderung des Schadens zu sorgen. Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln.

7.5. Verletzen Sie eine der vertraglichen Obliegenheiten vorsätzlich sind wir von der Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen.

7.6. Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

7.7. Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung einer der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit hat zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

8. Anzeigen und Willenserklärungen

Für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen haben in Textform an uns zu erfolgen. Wir verzichten nachträglich auf dieses Erfordernis, wenn wir Ihre mündliche Erklärung Ihnen gegenüber in Textform bestätigen.

9. Laufzeit und Kündigung des Vertrages

9.1. Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Als Versicherungsperiode gilt ein Monat.

9.2. Sie haben das Recht, den Vertrag täglich zu kündigen. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns maßgeblich.

9.3. Wir haben das Recht, den Vertrag jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Schluss einer Versicherungsperiode zu kündigen.

9.4. Nehmen Sie eine Leistung aus der Krankenzusatzversicherung ESW gemäß Abschnitt E dieser Bedingungen in Anspruch, ist für Sie und für uns das ordentliche Kündigungsrecht nach den Nrn. 9.2. und 9.3. für eine Frist von 12 Monaten ausgeschlossen.

9.5. Die Frist beginnt mit dem Ende des Monats, in dem die der Leistung zugrunde liegende Behandlung durchgeführt wurde. Werden mit der

Leistung gleichzeitig mehrere Behandlungen liquidiert, so zählt für den Beginn der Frist das spätere Datum der Behandlung. Mit jeder Inanspruchnahme einer Leistung aus dieser Versicherung beginnt die Frist von neuem zu laufen. Nach Ablauf der 12 Monate können Sie und wir den Vertrag wieder entsprechend den Nrn. 9.2. und 9.3. ordentlich kündigen, soweit keine weitere Leistung aus der Krankenzusatzversicherung in Anspruch genommen wurde.

9.6. Die vorgenannten Regelungen gelten nur, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde.

10. Abschlussgebühr

10.1. Wird eine Abschlussgebühr vereinbart, ist sie, soweit nachstehend nicht anderes gilt, zusammen mit dem Erstbeitrag fällig.

10.2. Wir sind berechtigt, den Abschluss des Versicherungsvertrages unter der Bedingung zu erklären, dass Sie zunächst die vereinbarte Abschlussgebühr an uns zahlen. In diesem Fall ist der Versicherungsvertrag bis zur Zahlung der Abschlussgebühr schwebend unwirksam und es besteht auch noch kein Versicherungsschutz. Erst mit Zahlung der Abschlussgebühr wird der Vertrag endgültig geschlossen. Der Versicherungsschutz beginnt dann zum vereinbarten Versicherungsbeginn, wenn auch die Zahlung des Erstbeitrages bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt ist. Die Regelungen in Nr. 11 gelten entsprechend.

10.3. Wird der Versicherungsvertrag wirksam widerrufen, haben wir keinen Anspruch auf die Abschlussgebühr. In allen anderen Fällen der Beendigung des Vertrages wird die Abschlussgebühr nicht erstattet.

11. Fälligkeit des Erstbeitrages und Beginn des Versicherungsschutzes

11.1. Der Erstbeitrag und eine Abschlussgebühr sind zu dem Zeitpunkt fällig, der im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn genannt ist.

11.2. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn nur, wenn auch die Zahlung des Erstbeitrages inklusive einer Abschlussgebühr bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt ist.

11.3. Zahlen Sie den Erstbeitrag inklusive Abschlussgebühr zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten. Eine vereinbarte Wartezeit bleibt unberührt.

11.4. Der Erstbeitrag und eine Abschlussgebühr gelten als bezahlt, wenn die entsprechenden Beträge bei uns eingegangen sind oder von Ihrem Konto eingezogen werden konnten und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

11.5. Ist neben dem Erstbeitrag eine Abschlussgebühr vereinbart und zahlen Sie die Beträge nicht vollständig, wird eine Teilzahlung zunächst auf die Abschlussgebühr und erst dann auf den Erstbeitrag angerechnet. Solange Sie den vollen Erstbeitrag nicht entrichtet haben, haben Sie keinen Versicherungsschutz.

12. Fälligkeit der Folgebeiträge

12.1. Die Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn der neuen Versicherungsperi-

ode fällig, also monatlich zum entsprechenden Tag des Monats, der der Zahl nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn entspricht. Sie haben die Möglichkeit, im Voraus vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zu zahlen.

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

12.3. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung der Frist ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, die Zinsen und die Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach Nr. 12.4 und Nr. 12.5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

12.4. 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 Nr. 12.3 darauf hingewiesen wurden.

12.5. 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 Nr. 12.3 darauf hingewiesen haben.

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

13. Besonderheiten beim Lastschriftverfahren

13.1. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass unsere vereinbarte Einziehung des fälligen Beitrages von Ihrer Bank ausgeführt wird. Dazu gehört unter anderem, dass Sie Ihre Bank über die uns erteilte Einzugsermächtigung informieren und Ihr Konto eine ausreichende Deckung aufweist.

13.2. Im Fall einer Rücklastschrift wird bis zum Ausgleich der fälligen Beiträge ein vereinbartes Einzugsverfahren ausgesetzt. Wir werden in diesem Fall trotz erteilter Einzugsermächtigung die fälligen Beiträge nicht mehr von Ihrem Konto abbuchen. Sie sind dann verpflichtet, die fälligen Beiträge an uns zu überweisen. Von der erteilten Einzugsermächtigung machen wir erst wieder Gebrauch, wenn Sie die fälligen Beiträge an uns überwiesen haben und Ihr Beitragskonto ausgeglichen ist.

13.3. Im Falle einer Rücklastschrift sind Sie zum Ausgleich der uns insoweit anfallenden Kosten verpflichtet. Wir erheben daher eine angemessene Gebühr in Höhe von 15 €, es sei denn, die Rücklastschrift oder die Kreditkartenrückabwicklung ist von Ihnen nicht zu vertreten.

14. Beitragsanpassung

14.1. Wir können den Beitrag bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungs- und Schadenbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festsetzen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährlei-

sten. Dabei darf der geänderte Beitrag den im Zeitpunkt der Änderung geltenden Tarifbeitrag nicht übersteigen.

14.2. Wir können den Beitrag auch einmal jährlich entsprechend dem Prozentsatz erhöhen, um den sich der Verbraucherpreisindex für Deutschland (VPI) seit dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages oder der letzten Beitragsanpassung erhöht hat. Maßgebend ist der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Index.

14.3. Die Änderungen werden zu Beginn des Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung über die Änderung folgt.

15. Mehrere Versicherungsnehmer

Besteht der Vertrag mit mehreren Versicherungsnehmern, muss sich jeder Versicherungsnehmer Kenntnis und Verhalten der übrigen Versicherungsnehmer zurechnen lassen.

16. Regulierung innerhalb von 48 Stunden und Auszahlung einer Entschädigungsleistung

16.1. Eine Entschädigungsleistung wird mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen fällig. Steht Ihr Anspruch danach dem Grunde und der Höhe nach fest, erfolgt die Entschädigungszahlung innerhalb von 48 Stunden. Ergänzend gelten die Regelungen des § 14 Abs. 2 VVG.

16.2. Wir können die Zahlung aufschieben, solange Zweifel an Ihrer Empfangsberechtigung bestehen oder ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren gegen Sie oder Ihren Repräsentanten aus Anlass dieses Versicherungsfalles läuft.

16.3. Wir sind berechtigt, nach unserer Wahl jeweils mit befreiender Wirkung entweder direkt an den Geschädigten bzw. einen berechtigten Anspruchsteller oder an Sie als Versicherungsnehmer zu leisten.

17. Selbstbeteiligung

Eine Entschädigungsleistung wird je Versicherungsfall um die vereinbarte Selbstbeteiligung gekürzt. Dies gilt nicht im Rahmen der Unfallversicherung und nicht für Schadenabwendungs- oder Schadenminderungskosten, die auf Weisung des Versicherers angefallen sind. Schäden unterhalb der Selbstbeteiligung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

18. Datenverarbeitung

18.1. Wir richten uns bei der Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), das die Datenverarbeitung und -nutzung erlaubt, soweit dies im Rahmen der Zweckbestimmungen des Vertragsverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen auf unserer Seite erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

18.2. Wir speichern und verarbeiten die für Ihren Versicherungsvertrag notwendigen Daten. Das sind Ihre Angaben bei Vertragsschluss (Antragsdaten), versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, -summe, -dauer, Beitrag und Bankverbindung (Vertragsdaten) sowie im Versicherungsfall Angaben zum Schaden oder Angaben Dritter zum

Schadensfall (Leistungsdaten).

18.3. Wir sind berechtigt, Ihre Angaben gegebenenfalls durch Rückfragen bei Ihrem Vorversicherer oder bei Ihrem Mitversicherer zu überprüfen. Wir sind weiterhin berechtigt, Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten unserem Rückversicherer zur Verfügung zu stellen, soweit dies von diesem zur Risikobeurteilung, Beitragskalkulation oder Schadenregulierung erforderlich ist.

18.4. Wir sind als Versicherer, der die Rechtsschutzversicherung zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, gesetzlich verpflichtet, die Leistungsbearbeitung in der Rechtsschutzversicherung einem anderen Unternehmen als Schadenabwicklungsunternehmen zu übertragen. Auch außerhalb der Rechtsschutzversicherung bedienen wir uns für die Abwicklung bestimmter Schadensfälle bzw. ab bestimmten Schadenshöhen eines Schadenabwicklungsunternehmens. Wir sind berechtigt, den Schadenabwicklungsunternehmen die erforderlichen Antrags-, Vertrags-, und Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen.

18.5. Soweit wir mit Rückversicherern, Schadenabwicklungsunternehmen oder sonstigen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, stellen wir durch entsprechende Datenschutzabkommen sicher, dass eine Verarbeitung und Nutzung der Daten nur intern und im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsvertrages und nicht zu anderen Zwecken erfolgt.

18.6. Wir können den gesamten Schriftverkehr, insbesondere auch Ihre an uns gerichteten Schreiben mit einem anerkannten und zertifizierten System elektronisch archivieren. Sie sind damit einverstanden, dass wir Originale nach dem Einscannen und Speichern vernichten.

19. Verjährung

19.1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

19.2. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.

20. Gerichtsstand

20.1. Für Klagen gegen uns aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben.

20.2. Klagen gegen Sie sind bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht zu erheben.

21. Anzuwendendes Recht

Für alle Versicherungsverträge, denen diese Bedingungen zugrunde liegen, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

- B) Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeits-Versicherungsbedingungen**
1. Grund und Dauer der Arbeitslosigkeits- und der Arbeitsunfähigkeitsversicherung
 2. Wartezeit bei der Arbeitslosigkeitsversicherung
 3. Karenzzeit bei der Arbeitsunfähigkeitsversicherung
 4. Karenzzeit bei der Arbeitslosigkeitsversicherung
 5. Kenntnis von der bevorstehenden Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit
 6. Voraussetzungen für Leistungen aus der Arbeitslosigkeitsversicherung
 7. Voraussetzungen für Leistungen aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung
 8. Zusatzleistung
 9. Beginn und Ende der Beitragsbefreiung
 10. Obliegenheiten im Versicherungsfall
 11. Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsversicherung
 12. Mehrere Personen oder Versicherungsnehmer
 13. Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder Aufhebungsvertrag
 14. Längere Beitragsbefreiung als Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit
 15. Kündigung des Versicherungsvertrages
 16. Ansprüche gegen Dritte
- 1. Grund und Dauer der Arbeitslosigkeits- und der Arbeitsunfähigkeitsversicherung**
- 1.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, ist bei Versicherungen, die Sie bei uns abschließen, eine Arbeitslosigkeits- und eine Arbeitsunfähigkeitsversicherung integriert. Es handelt sich hierbei um separate Versicherungen, die jeweils getrennt voneinander vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert sein müssen. Versichert werden können Personen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes mindestens 18 Jahre alt sind und das 63. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
 - 1.2. Sollten Sie dann unter den nachstehenden Bedingungen arbeitslos oder arbeitsunfähig werden, sind Sie auf Antrag für die Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit von der Zahlung Ihrer Beiträge für die bei uns abgeschlossenen Versicherungen bei Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes befreit. Bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag müssen Sie die vereinbarten Beiträge weiter entrichten. Sollten Sie gleichzeitig arbeitslos und arbeitsunfähig werden, haben Sie dennoch nur einen Anspruch auf Beitragsbefreiung. In diesem Fall sind dann mit der Beitragbefreiung die Ansprüche sowohl aus der Arbeitslosigkeits- als auch der Arbeitsunfähigkeitsversicherung abgegolten.
 - 1.3. Nach Beendigung der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bzw. nach Ablauf der Beitragsbefreiung von 12 Monaten wird der Vertrag unverändert, jedoch beitragspflichtig fortgeführt. Die Arbeitslosigkeits- und die Arbeitsunfähigkeitsversicherung können Sie grundsätzlich so oft in Anspruch nehmen, wie Sie arbeitslos oder arbeitsunfähig werden, maximal jedoch für insgesamt 12 Monate innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren.
 - 1.4. Unabhängig von den Regelungen in diesem Abschnitt endet die Arbeitslosigkeits- und die Arbeitsunfähigkeitsversicherung in jedem Fall mit Renteneintritt, bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente oder mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Dies hat keine Auswirkungen auf den Beitrag der Hauptversicherung.
- 2. Wartezeit bei der Arbeitslosigkeitsversicherung**
- Versicherungsfälle aufgrund von Arbeitslosigkeit, die innerhalb von 6 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, sind für die gesamte Dauer dieser Arbeitslosigkeit nicht versichert.
- 3. Karenzzeit bei der Arbeitslosigkeitsversicherung**
- Bei der Arbeitslosigkeitsversicherung gilt in jedem Fall eine Karenzzeit von 3 Monaten. Leistungen wegen Arbeitslosigkeit können Sie daher erstmals in Anspruch nehmen, nachdem die Arbeitslosigkeit 3 Monate ununterbrochen angedauert hat. Der Zeitraum der Karenzzeit ist leistungsfrei.
- 4. Karenzzeit bei der Arbeitsunfähigkeitsversicherung**
- Bei der Arbeitsunfähigkeitsversicherung gilt in jedem Fall eine Karenzzeit von 3 Monaten. Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit können Sie daher erstmals in Anspruch nehmen, nachdem die Arbeitsunfähigkeit 3 Monate ununterbrochen angedauert hat. Der Zeitraum der Karenzzeit ist leistungsfrei.
- 5. Kenntnis von der bevorstehenden Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit**
- Wenn Sie den Versicherungsvertrag mit integrierter Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Kenntnis einer bevorstehenden Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit abschließen und tatsächlich innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss des Versicherungsvertrages arbeitslos oder arbeitsunfähig werden, besteht kein Anspruch aus der Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung.
- 6. Voraussetzungen für Leistungen aus der Arbeitslosigkeitsversicherung**
- 6.1. Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Arbeitnehmer aus einem unbefristeten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis (kein Wehr- und Zivildienst, Ausbildungsverhältnis oder Erziehungsurlaub) heraus unverschuldet arbeitslos werden und nicht mehr gegen Entgelt tätig sind. Auch Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung sind Entgelt im Sinne dieser Bedingungen, selbst wenn sie einem Anspruch auf Leistungen der Agentur für Arbeit nicht entgegenstehen. Die Arbeitslosigkeit endet mit Aufnahme einer selbständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 15 Wochenstunden umfasst und kein oder nur geringfügiges Entgelt erzielt wird.
 - 6.2. Ein Anspruch aus der Arbeitslosigkeitsversicherung besteht unter folgenden Bedingungen:
 - 6.2.1. Sie haben mit uns einen wirksamen, unwiderrufenen Versicherungsvertrag mit integrierter Arbeitslosigkeitsversicherung abgeschlossen
 - 6.2.2. Sie haben vor Eintritt der Arbeitslosigkeit die fälligen Beiträge vollständig bezahlt;
 - 6.2.3. Sie werden nach Versicherungsbeginn arbeitslos und haben sich bis zur ersten Inanspruchnahme der Leistung aus der Arbeitslosigkeitsversicherung mindestens 12 Monate ununterbrochen in einem ungekündigten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis (kein Wehr- und Zivildienst, Ausbildungsverhältnis oder Erziehungsurlaub) mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden pro Woche bei dem gleichen Arbeitgeber befunden;

- 6.2.4. Sie hatten keine Kenntnis von der drohenden Arbeitslosigkeit gemäß 5;
- 6.2.5. die Wartezeit gemäß Nr. 2 ist abgelaufen und
- 6.2.6. Sie weisen Ihre Arbeitslosigkeit und den Bezug von Arbeitslosengeld durch Vorlage einer Bescheinigung der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers sowie des Arbeitsvertrages und des Kündigungsschreibens nach und suchen aktiv ein neues Beschäftigungsverhältnis.
- 6.3. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Sie vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit länger als 6 Monate ununterbrochen beim selben Arbeitgeber mindestens 15 Stunden pro Woche unbefristet sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein.
- 6.4. Sofern der Arbeitslosigkeit ein befristetes Beschäftigungsverhältnis vorausging, werden wir nur dann leisten, wenn die Arbeitslosigkeit nicht wegen Ablauf der Befristung eintritt und die weiteren Voraussetzungen für einen Anspruch nach diesem Abschnitt vorliegen. Die Leistungsdauer ist in diesem Fall begrenzt bis zum ursprünglich vorgesehenen Ablauf der Befristung, maximal jedoch auf 12 Monate.
- 7. Voraussetzungen für die Leistungen aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung**
- 7.1. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie zu mindestens 50 % infolge von Krankheit oder Körperverletzung außerstande sind, Ihre bisherige oder eine andere berufliche Tätigkeit auszuüben, die aufgrund Ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden könnte und Ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.
- 7.2. Ein Anspruch aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung besteht unter folgenden Bedingungen:
- 7.2.1. Sie haben mit uns einen wirksamen, unwiderrufenen Versicherungsvertrag mit integrierter Arbeitsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen;
- 7.2.2. Sie haben vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die fälligen Beiträge vollständig bezahlt;
- 7.2.3. Sie werden nach Versicherungsbeginn arbeitsunfähig;
- 7.2.4. Sie hatten keine Kenntnis von der drohenden Arbeitsunfähigkeit gemäß Nr. 5;
- 7.2.5. die Karenzzeit gemäß Nr. 3 ist abgelaufen und
- 7.2.6. Sie weisen Ihre Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage ärztlicher Atteste und einer Bescheinigung des Arbeitgebers oder Ihrer Krankenkasse nach.
- 8. Zusatzleistung**
- 8.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erhalten Sie zusätzlich zur Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit eine monatliche Zusatzleistung als Geldbetrag oder als sonstige, geldwerte Leistung. Die vereinbarte Art und Höhe der Zusatzleistung ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein.
- 8.2. Der Anspruch auf die Zusatzleistung entsteht, wenn auch die Voraussetzungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit nach diesem Abschnitt erfüllt sind. Die Zusatzleistung wird für die Dauer der Beitragsbefreiung gemäß Nr. 8 gewährt und ist ebenfalls auf maximal 12 Monate innerhalb von 3 Jahren begrenzt.
- 8.3. Soweit vereinbart, kann die Zusatzleistung auch durch einen Sachwert, Gutscheine oder durch Übernahme einer ihrer vertraglichen Verbindlichkeiten gegenüber einem Dritten bis zur vereinbarten Höhe erfüllt werden. Im Falle der Übernahme einer ihrer vertraglichen Verbindlichkeiten gegenüber einem Dritten haben Sie uns Grund und Höhe der Verbindlichkeit durch Vorlage des Vertrages und der Rechnung nachzuweisen. Wir sind dann berechtigt, Ihnen gegenüber mit befreiender Wirkung direkt an den Dritten zu leisten.
- 8.4. Bestehen für Sie mehrere Versicherungsverträge, so gilt als maximale Zusatzleistung die doppelte vereinbarte Summe für alle Verträge zusammen.
- 8.5. Auf die Zusatzleistung finden im Übrigen die Vorschriften nach diesem Abschnitt entsprechend Anwendung.
- 9. Beginn und Ende der Beitragsbefreiung**
- 9.1. Die Beitragsbefreiung beginnt mit Eintritt der Arbeitslosigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Ablauf der Wartezeit oder der Karenzzeit. Sie endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit bzw. nach Ablauf der Beitragsbefreiung von 12 Monaten. Nr. 10.1 bleibt hiervon unberührt.
- 9.2. Fällt der Eintritt oder die Beendigung der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit in die laufende Versicherungsperiode, erstreckt sich die Beitragsbefreiung nur auf den Zeitraum der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Der Monatsbeitrag für diese Versicherungsperiode bleibt anteilig für den Zeitraum zur Zahlung fällig, in dem keine Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bestand.
- 10. Obliegenheiten im Versicherungsfall**
- 10.1. Sie haben uns binnen 3 Monaten nach dem Eintritt den Versicherungsfall anzuzeigen. Erfolgt die Anzeige des Versicherungsfalles später als 3 Monate nach dem Eintritt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung frühestens mit dem Beginn des Monats der Anzeige. Mit der Anzeige sind die Unterlagen gemäß Nr. 6.2.6 und 7.2.6 einzureichen.
- 10.2. Sie haben uns auf Verlangen weitere ärztliche Atteste oder Bescheinigungen von Behörden, Krankenkassen und Arbeitgebern vorzulegen oder Ihre Untersuchung durch einen von uns zu beauftragenden und zu bezahlenden Arzt zu dulden.
- 10.3. Durch Nachweise entstehende Kosten sind von Ihnen zu tragen. Die Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.
- 10.4. Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die Ihrer Genesung oder der Erlangung einer neuen Arbeitsstelle bzw. beruflichen Tätigkeit hinderlich sind.
- 10.5. Sie haben uns eine Verringerung des Grades der Arbeitsunfähigkeit oder eine neue berufliche Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen unverzüglich anzuzeigen.
- 10.6. Bei Verletzung einer der vorgenannten Obliegenheiten können wir ganz oder zum Teil von der Leistung frei sein. Ergänzend gilt die Regelung in Abschnitt A) Nr. 7.

11. Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht

- 11.1. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn der Versicherungsfall nicht in Deutschland festgestellt und laufend überprüft werden kann.
- 11.2. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Arbeitsunfähigkeit verursacht ist
- 11.2.1. durch absichtliche Herbeiführung von Krankheiten oder absichtliche Selbstverletzung, es sei denn es wird nachgewiesen, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
- 11.2.2. durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
- 11.2.3. durch eine Schwangerschaft. Leistungen, die wir aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit erbringen, die nicht durch eine Schwangerschaft verursacht ist, werden nicht erbracht für die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes. Während dieser Zeit ruht der Leistungsanspruch.
- 11.2.4. durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen), es sei denn, sie sind von einem Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;
- 11.2.5. durch Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes, es sei denn, sie sind von einem Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;
- 11.2.6. unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern Sie auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- 11.2.7. durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch Sie;
- 11.2.8. durch Unfälle von Ihnen bei der Benutzung von Fahrzeugen (auch nicht motorisierten wie z. B. Fahrrädern), die Sie führen, obwohl Sie infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage sind, das Fahrzeug sicher zu führen;
- 11.2.9. durch Unfälle von Ihnen bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen, beim Fallschirmspringen, als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges sowie bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszubühnenden beruflichen Tätigkeit;
- 11.2.10. durch Unfälle, die dem Versicherungsnehmer dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt oder
- 11.2.11. mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie, ionisierende Strahlen oder Asbest.
- 11.3. Eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht versichert. Die erste darauf folgende Arbeitsunfähigkeit ist nur versichert, nachdem der Versicherungsnehmer seine berufliche Tätigkeit nicht nur vorübergehend wieder aufgenommen und ununterbrochen mehr als 3 Monate ausgeübt hat.
- 11.4. Versicherungsfälle, die in ursächlichem Zusammenhang mit Ihnen bekannten, ernstlichen Erkrankungen oder Unfallfolgen stehen, wegen derer Sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Hauptversicherung ärztlich beraten oder behandelt wurden, sind nicht versichert, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Beginn der Hauptversicherung eintre-

ten.

- 11.5. Ernstliche Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufes (z. B. Bluthochdruck), des Stoffwechsels (z. B. Diabetes), der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane sowie Krebs, HIV-Infektionen/ Aids sowie psychische und chronische Erkrankungen.
- 11.6. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Arbeitslosigkeit
- 11.6.1. bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits bestand oder ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestand,
- 11.6.2. unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen verursacht wurde oder
- 11.6.3. auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten bzw. bei einem Unternehmen, dass von einem Ehegatten oder in direkter Linie Verwandten beherrscht wird, folgt.

12. Mehrere Personen als Versicherungsnehmer

- 12.1. Sie müssen als Versicherungsnehmer von der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit betroffen sein, soweit nichts anderes vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist. Die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit eines mitverdienenden Lebenspartners oder einer anderen in Ihrem Haushalt ständig lebenden Person oder einer versicherten Person, die nicht Versicherungsnehmer ist, ist nicht versichert.
- 12.2. Sollten Sie nicht allein Versicherungsnehmer sein, so bezieht sich die Arbeitslosigkeits- oder die Arbeitsunfähigkeitsversicherung dennoch nur auf einen Versicherungsnehmer. Dieser ist von Ihnen bei Vertragsabschluss zu benennen. Nur wenn der benannte Versicherungsnehmer dann arbeitslos oder arbeitsunfähig wird, leisten wir. Wurde von Ihnen kein entsprechender Versicherungsnehmer benannt, wird die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit desjenigen Versicherungsnehmers Grundlage der Leistung, der als erster arbeitslos oder arbeitsunfähig wird und die Leistungen aus der Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Anspruch nimmt. Dieser gilt ab diesem Zeitpunkt dann als benannt im Sinne dieser Bestimmung.

13. Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder Aufhebungsvertrag

Wir leisten nicht, wenn Sie die Beendigung Ihres Beschäftigungsverhältnisses selbst veranlasst haben oder Ihnen fristlos gekündigt wurde. Wenn Sie allerdings einen Aufhebungsvertrag abgeschlossen haben, der nur dazu diente, eine ordentliche, fristgerechte Kündigung durch Ihren Arbeitgeber zu vermeiden, leisten wir, soweit auch die sonstigen Voraussetzungen für einen Anspruch nach diesem Abschnitt vorliegen.

14. Längere Beitragsbefreiung als Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

- 14.1. Sollten Sie während der Inanspruchnahme der Arbeitslosigkeits- oder der Arbeitsunfähigkeitsversicherung wieder eine neue Arbeit gefunden oder Ihre alte Arbeit wieder aufgenommen haben, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Bei Verletzung der Anzeigepflicht gilt Abschnitt A) Nr. 7.
- 14.2. Sie sind verpflichtet uns die Beiträge für die Monate, in denen wir im Rahmen der Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung

Beitragsbefreiung gewährt haben, Sie aber tatsächlich nicht arbeitslos oder arbeitsunfähig waren, nachzuzahlen.

15. Kündigung des Versicherungsvertrages

- 15.1. Wenn Sie den Versicherungsvertrag kündigen, endet auch die Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung, unabhängig davon, ob Sie zu diesem Zeitpunkt noch arbeitslos oder arbeitsunfähig sind. Kündigen Sie nur einzelne Versicherungen bei uns, so endet die Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung auch nur bezogen auf diese Versicherungen.
- 15.2. Kündigen wir den Versicherungsvertrag, während Sie von der Beitragspflicht befreit sind, zahlen wir Ihnen den Betrag, der den noch ausstehenden Beiträgen entspricht, von denen Sie ohne die Kündigung noch befreit gewesen wären. Dies gilt nicht, wenn wir berechtigt sind, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. In diesem Fall gilt Nr. 14.1 entsprechend.

16. Ansprüche gegen Dritte

- 16.1. Haben Sie Ersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsverhältnis Versicherungsleistungen erbracht werden, an uns schriftlich abzutreten.
- 16.2. Sie haben den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns, soweit erforderlich, mitzuwirken. Bei Verletzung dieser Obliegenheit gilt Abschnitt A) Nr. 7 entsprechend.

C)	Unfall-Versicherungsbedingungen			Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
1.	Gegenstand der Versicherung			
2.	Vereinbarte Leistungsarten und Versicherungssummen	3.1.2.		Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt sowie von Ihnen bei uns geltend gemacht worden sein. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
3.	Invaliditätsleistung			
4.	Todesfalleistung			
5.	Krankenhaus-Tagegeld			
6.	Leistungen im Falle kosmetischer Operationen			
7.	Bergungs- und Rettungskosten, Verletzentransportkosten sowie Kosten für die Rückführung von Kindern	3.1.3.		Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad unter einem im Versicherungsschein dokumentierten Invaliditätsgrad liegt, der als Leistungsvoraussetzung vereinbart ist. Auf die Regelung in Abschnitt A) Nr. 3.2 wird verwiesen.
8.	Rooming-in-Kosten			
9.	Auswirkung von Krankheiten oder Gebrechen und nicht versicherbare Personen			
10.	Vom Versicherungsschutz ausgeschlossene Unfälle			
11.	Vom Versicherungsschutz ausgeschlossene Beeinträchtigungen	3.2.	Art und Höhe der Leistung	
12.	Kinder-Tarif und Volljährigkeit			
13.	Auswirkungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung auf den Versicherungsschutz	3.2.1. 3.2.2.		Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität. Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
14.	Obliegenheiten nach einem Unfall			
15.	Folgen der Nichtbeachtung von Obliegenheiten			
16.	Fälligkeit der Leistungen			
17.	Überprüfung des Invaliditätsgrades			
18.	Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen im Ausland			
19.	Beitragsbefreiung für versicherte Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers			
20.	Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander			
1.	Gegenstand der Versicherung			
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. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.			
1.4.	Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (siehe Nr. 9 und 10) sowie die Ausschlüsse (siehe Nr. 11) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.	3.2.3.		Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes. 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.	Vereinbarte Leistungsarten und Versicherungssummen			
	Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden in diesen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag und sind im Versicherungsschein dokumentiert.	3.2.4.		Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach den Nrn. 3.2.2 und 3.2.3 zu bemessen.
		3.2.5.		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.
3.	Invaliditätsleistung			
3.1.	Voraussetzungen für die Leistung	3.2.6.		Führt ein Unfall der versicherten Person, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres ereignet, zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 %, so verdoppeln wir die Versicherungssumme. Die Mehrleistung wird für
3.1.1.	Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei			

jede versicherte Person auf höchstens 150.000 € beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

3.2.7. Mit Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person reduziert sich die für diese Person vereinbarte Versicherungssumme um 50 %.

3.2.8. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder gleichgültig aus welcher Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre. Die Regelungen in den Nrn. 3.2.1 und 13.1 bleiben hiervon unberührt.

4. Todesfalleistung

4.1. Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die Pflicht nach Nr. 14.5 weisen wir hin.

4.2. Art und Höhe der Leistung
Die Todesfalleistung wird als Kapitalbetrag in Höhe der vertraglich vereinbarten Versicherungssumme an die Erben gezahlt, sofern Sie uns im Rahmen des Versicherungsvertrages keine andere bezugsberechtigte Person benannt haben.

5. Krankenhaus-Tagegeld

5.1. Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen ebenso wie in Reha-Kliniken gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

5.2. Höhe und Dauer der Leistung
Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme ab und für jeden vertraglich vereinbarten Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

6. Leistungen im Falle kosmetischer Operationen

6.1. Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person unterzieht sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation und

6.1.1. die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres;

6.1.2. ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht und

6.1.3. die kosmetische Operation wurde vor Erreichen einer Altersgrenze begonnen, soweit eine solche vereinbart wurde.

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.

6.2. Höhe der Leistung
Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare und sonstige Operationsko-

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

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen zusammen.

7. Bergungs- und Rettungskosten, Verletzentransportkosten sowie Rückführungskosten von Kindern

7.1. Voraussetzung für die Leistung

7.1.1. Bergungs- und Rettungskosten für Such- Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit es sich um unfallbedingte Kosten handelt, für die die versicherte Person in Anspruch genommen wird. Dies gilt auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

7.1.2. Verletzentransportkosten für den aufgrund unfallbedingter Verletzung notwendigen Transport der versicherten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder für die vorzeitige Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit der Transport auf ärztliche Anordnung zurückgeht oder nach der Verletzungsart unvermeidbar war.

7.1.3. Rückführungskosten von Kindern, wenn Sie nach einem Unfall fremde Hilfe in Anspruch nehmen müssen, um ihre Kinder zum Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder an einen Ort, an dem vorübergehend die Betreuung sichergestellt werden kann, zurückzubringen.

7.2. Höhe der Leistung
Die Leistungen für Bergungs-, Rettungskosten, Verletzentransportkosten und Rückführungskosten von Kindern sind insgesamt auf 10.000 € begrenzt. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen zusammen.

8. Rooming-in-Kosten

8.1. Voraussetzung für die Leistung
Ein Kind, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, befindet sich nach einem Unfall in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung und ein Erziehungsberechtigter des Kindes übernachtet deshalb bei dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in). Die Leistung steht jeweils der versicherten Person, die im Krankenhaus übernachtet, und dem versicherten Kind, das sich unfallbedingt im Krankenhaus befindet, zu.

8.2. Höhe der Leistung
Pro Übernachtung zahlen wir einen Betrag in Höhe von 25 €, maximal jedoch für 30 Übernachtungen. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen zusammen.

- 9. Auswirkungen von Krankheiten oder Gebrechen und nicht versicherbare Personen**
- 9.1. Wir leisten 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. Dies gilt nicht für Leistungen, die Bergungs- und Rettungskosten, Verletztentransportkosten, Rückführungskosten von Kindern sowie Rooming-in-Kosten betreffen. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt die Minderung.
- 9.2. Nicht versicherbar und trotz Abschluss eines Versicherungsvertrages und Beitragszahlung nicht versichert sind Geisteskranke, Epileptiker und Personen, die unter Bluterkrankheit, Leukämie, multipler Sklerose, Osteoporose, Schizophrenie oder spastischen Erkrankungen leiden oder dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- 9.3. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von 9.2 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung. Der für die nicht versicherbaren Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen. Haben Sie eine Kombiversicherung abgeschlossen, endet nur die Unfallversicherung. Die Höhe des Erstattungsbetrages für die Unfallversicherung und die Höhe der weiterhin zu zahlenden Beiträge für die Bestehen bleibenden Versicherungen richtet sich in diesem Fall nach den vergleichbaren Einzelprodukten.
- 10. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossene Unfälle**
- Kein Versicherungsschutz besteht für
- 10.1. 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. Es wird unwiderlegbar vermutet, dass der Unfall auf Trunkenheit zurückzuführen ist, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt 1,2 Promille oder höher lag. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- 10.2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- 10.3. 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 oder Reisewarnungen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland ausgesprochen wurden. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.
- 10.4. Unfälle der versicherten Person
- 10.4.1. als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;
- 10.4.2. als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- 10.4.3. bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder
- 10.4.4. bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 10.5. 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.
- 10.6. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 10.7. Unfallfolgen, bei denen Diabetes mitwirkt. Eine Verschlimmerung der Diabetes begründet keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- 10.8. Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung eines besonders gefährlichen Berufes zustoßen. Die besonders gefährlichen Berufe sind in unserem Berufsgruppenverzeichnis aufgeführt, das Anlage zu diesen Bedingungen ist. Dazu zählen insbesondere Betriebsbelegschaften, die explosive Stoffe herstellen, bearbeiten, lagern, befördern, verwenden, vertreiben und Bergleute oder andere Personen, die unterirdische Arbeiten ausführen, sowie Pyrotechniker und Sprengmeister sowie deren Helfer, Dachdecker, Gerüstbauer, Such- und Räumtrupps, Schiffsbesatzungen und Offshore-Mannschaften, Stuntmen, Artisten, Tierbändiger sowie Vertrags- und Lizenzsportler oder vergleichbare Tätigkeiten.
- 11. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossene Beeinträchtigungen**
- Ausgeschlossen sind vom Versicherungsschutz
- 11.1. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Beeinträchtigungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
- 11.2. Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 11.3. Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 11.4. Infektionen, auch dann, 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. Dies gilt nicht für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach dieser Bestimmung ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Nr. 11.3 Satz 2 entsprechend.
- 11.5. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Dies gilt nicht bei Vergiftungen von Kindern, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausge-

schlossen bleiben aber Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

erteilen.

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

14.5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

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

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

11.8. Unfallbedingte Netzhautblutungen, -ablösungen, -risse und Glaskörperblutungen eines Auges oder beider Augen sind bei einer Sehschwäche ab 8 Dioptrien und generell unfallbedingte Verletzungen eines Auges oder beider Augen sind bei einer Sehschwäche ab 10 Dioptrien nicht versichert.

15. Folgen der Nichtbeachtung von Obliegenheiten

Bei Verletzung einer der vorgenannten Obliegenheiten können wir ganz oder zum Teil von der Leistung frei sein. Ergänzend gelten die Regelungen in Abschnitt A) Nr. 7.

12. Kinder-Tarif und Volljährigkeit

Bis zum Ablauf des Kalenderjahres, 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 bei gleichem Versicherungsumfang.

16. Fälligkeit der Leistungen

16.1. Wir werden innerhalb von 48 Stunden erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Diese Frist beginnt mit Zugang der vollständigen Nachweise über den Unfallhergang und die Unfallfolgen und beim Invaliditätsanspruch zusätzlich den Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

13. Auswirkungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung auf den Versicherungsschutz

16.2. Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bei Invalidität bis zu 2 % der versicherten Invaliditätssumme, bei Krankenhaus-Tagegeld bis zum 5-fachen eines Krankenhaus-Tagegeldsatzes. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

13.1. Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Überwiegend körperlich geprägte berufliche Tätigkeiten werden der Gefahrengruppe B zugeordnet. Grundlage dafür sind Ihre Angaben, die tatsächlichen Verhältnisse und unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, das Anlage zu diesen Bedingungen ist. Bei Versicherten der Gefahrengruppe B reduziert sich die Versicherungssumme für die Berechnung der Leistung um 30 %, soweit sich der Unfall in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit, die Grundlage für die Einstufung in die Gefahrengruppe B ist, ereignet hat.

16.3. 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.

13.2. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Ergänzend gelten die Regelungen in Abschnitt A) Nr. 7. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen im Inland fallen nicht darunter.

17. Überprüfung des Invaliditätsgrades

17.1. 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 spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

14. Obliegenheiten nach einem Unfall

17.2. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, erhalten Sie den Mehrbetrag zuzüglich Zinsen in gesetzlicher Höhe ausbezahlt.

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

18. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen im Ausland

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation im Ausland leistet. Im Inland gilt dies nur für Unfälle, die sich im Zusammenhang mit der dienstlichen Tätigkeit ereignen. Dies gilt nicht für die Ableistung des Grundwehrdienstes oder Reserveübungen, soweit damit keine Einsätze im Ausland verbunden sind.

14.2. 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.

14.3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalles tragen wir.

19. Beitragsbefreiung für versicherte Kinder bei Tod des Versicherungsnehmers

14.4. 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

- 19.1. Wenn Sie als Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer sterben und eines Ihrer Kinder bei uns unfallversichert ist und Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und die Versicherung nicht gekündigt war und Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, wird die Unfallversicherung für Ihr Kind mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Jahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.
- 19.2. Sind zwei Personen Versicherungsnehmer, so gilt diese Regelung für den Versicherungsnehmer, der zum Zeitpunkt des Todes das höhere Jahresbruttoeinkommen hat.
- 20. Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander**
- 20.1. 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 Pflichten verantwortlich.
- 20.2. Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstigen Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

- D) Sonderbedingungen Unfallversicherung**
- 1. Vorbemerkung**
- 1.1. Nachstehende Leistungserweiterungen in Form dieser Sonderbedingungen Unfallversicherung sind nur dann Gegenstand des Versicherungsvertrages, wenn sie ausdrücklich vereinbart wurden und die Vereinbarung im Versicherungsschein dokumentiert wurde.
- 1.2. Die nachstehenden Leistungserweiterungen beziehen sich auf die Regelungen im vorstehenden Abschnitt C dieser Versicherungsbedingungen.
- 2. Unfallereignis**
- 2.1. Versichert sind auch unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren oder ähnliches auch bei allmählicher Einwirkung. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerkrankheiten.
- 2.2. Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen, Sonnenbrände und Sonnenstiche sowie Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug, die als Folgen eines Unfalles auftreten.
- 3. Unfreiwilligkeit**
- Als unfreiwillig erlitten und daher in der Unfallversicherung eingeschlossen gelten auch Unfälle bei der rechtmäßigen Verteidigung oder aus dem Bemühen zur Rettung von Menschen und Sachen.
- 4. Maniküre, Pediküre, Entfernen von Hühneraugen und Hornhaut**
- Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch Maniküre und Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut. Dadurch entstandene Gesundheitsschäden werden nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme gewertet.
- 5. Tauchtypische Gesundheitsschäden**
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss. Als Unfall gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- 6. Räuberischer Überfall**
- Wurde die versicherte Person Opfer eines Überfalls, so ersetzen wir bei einer notwendigen psychologischen Soforthilfe die Kosten für die ersten 10 Sitzungen.
- 7. Kraftanstrengungen**
- Unter den Versicherungsschutz fällt auch ein durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person hervorgerufener Leistenbruch.
- 8. Infektionen durch Tierbisse/Insektenstiche**
- Versichert sind auch Unfälle durch Tierbisse einschließlich damit verursachter evtl. Infektionen. Die Folgen von Insektenstichen und -bissen (z. B. Allergien) sind als Unfallfolgen anzusehen. Versichert sind daher auch Wundinfektionen als Folge eines Unfallereignisses.
- 9. Sofortleistung bei Schwerverletzungen**
- 9.1. Abhängig von der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität erbringen wir nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung bei folgenden schweren Verletzungen:
- 9.1.1. Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- 9.1.2. Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
- 9.1.3. Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung oder schwere Mehrfachverletzungen bzw. Polytrauma aus
- 9.1.4. Frakturen an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (Ober-/ Unterarm, Ober- / Unterschenkel), Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder aus der
- 9.1.4.3. Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
1. Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 2. Fraktur des Beckens,
 3. Fraktur der Wirbelsäule,
 4. Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs.
- 9.1.4.4. Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche oder
- 9.1.4.5. Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen. Als Sehbehinderung gilt eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/20.
- 9.2. Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet die Regelung über die Auswirkungen von Krankheiten oder Gebrechen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entsprechend Anwendung. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.
- 9.3. Die Leistung beträgt 10 % der vereinbarten Grundsomme für Invalidität, höchstens jedoch 10.000 € für jede versicherte Person.
- 9.4. Bestehen für sie versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.
- 9.5. Der Versicherungsschutz aus dieser Leistungsart endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 65. Lebensjahr vollendet haben.
- 10. Invaliditäts-Anmeldefrist**
- Die Frist zur Anmeldung der Invalidität wird auf 24 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, erweitert. Die Verpflichtung zur unverzüglichen Unfallmeldung bleibt unberührt.
- 11. Gliedertaxe**
- Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehenden Körperteile und Sinnesorgane gelten folgende Invaliditätsgrade:



DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG

www.dfv.ag

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	10 %
sämtliche Finger einer Hand	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
Fuß	50 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
beide Augen	100 %
eines Auges, sofern die Sehkraft des anderen Auges bei Eintritt des Unfalles	
bereits verloren war	80 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %
Gehör auf einem Ohr, sofern das Gehör des anderen Ohres bei Eintritt des Unfalles	
bereits verloren war	60 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme*	100 %

*Nicht eingeschlossen in die Leistungspflicht ist ein Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt.

12. Krankenhaus-Tagegeld bis zum 5. Unfalljahr

Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld wird innerhalb der ersten fünf Jahre in Höhe des vereinbarten Betrages und ab dem vereinbarten Zeitpunkt der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt. Die 5-Jahresfrist beginnt mit dem Unfalltag.

13. Krankenhaus-Tagegeld im Ausland

Ereignet sich der Unfall im Ausland, so leisten wir das Krankenhaus-Tagegeld ab dem ersten Tag der vollstationären Behandlung. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, in dem Sie keinen Wohnsitz haben.

14. Fahrradunfall bei Kindern und Erwachsenen

Erleidet die versicherte Person einen Fahrradunfall, bei dem sie nachweislich einen handelsüblichen Schutzhelm getragen hat, erhöht sich bei Kopfverletzungen die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 10 %.

15. Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein auch künstliches Koma, so wird für die Zeit des Komas das Krankenhaus-Tagegeld auch dann gezahlt, wenn eine vereinbarte Karenzzeit noch nicht abgelaufen ist.

16. Gemischte Institute

Erfolgt die Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaus-Tagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.

17. Genesungsgeld

Genesungsgeld wird, soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, in Höhe und für die Dauer des vereinbarten Krankenhaus-Tagegeldes ab der 6. Woche gezahlt, längstens jedoch für 500 Tage und zwar

bis zum 200. Tag	100 %
für den 201. bis 300. Tag	50 %
für den 301. bis 500. Tag	25 %

18. Genesungsgeldanspruch

Der Anspruch des Genesungsgeldes bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während der Krankenhausbehandlung verstirbt.

19. Doppelte Todesfalleistung

Sind beide Elternteile bei uns versichert und werden beide versicherten Elternteile durch ein Unfallereignis tödlich verletzt und hat eines der bezugsberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, kommt die doppelt vereinbarte Todesfallsumme zur Auszahlung, höchstens jedoch eine Gesamtleistung von 50.000 €.

20. Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen

20.1. Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen, wenn sich die den Haushalt überwiegend versorgende Person wegen eines Unfalles, welcher unter diesen Vertrag fällt, in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet.

20.2. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 50 € je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens insgesamt 2.500 € je Unfallereignis. Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe oder ein Kindermädchen setzt voraus, dass im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein unterhaltsberechtigtes Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist.

20.3. Bestehen für den Versicherten mehrere Unfallversicherungen bei uns, können Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kindermädchen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Dies gilt auch bei versicherten Ehegatten.

21. Reha - Beihilfe

21.1. Die versicherte Person erhält nach einem Unfall für eine stationär durchgeführte, mindestens dreiwöchige Reha-Maßnahme eine Beihilfe in Höhe von 1.000 €.

21.2. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.

- 22. Unfälle durch Entführungen oder Geiselnahme** handlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
- 22.1. In Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf alle Unfälle in Folge eines verbrecherischen Anschlages, der sich gegen die versicherte Person richtet. Mitversichert sind Unfälle in Folge von Entführungen oder Geiselnahme. 24.2. Höhe der Leistung:
Die Beihilfe beträgt 6.000 € je versicherte Person. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.
- 22.2. Während der Zeit, in der sich die versicherte Person gegen oder ohne ihren Willen in der Gewalt Dritter befindet, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und auf sonstige Gesundheitsschädigungen, die eintreten, weil die versicherte Person körperlichen Gewalteinwirkungen ausgesetzt ist. **25. Umschulungsmaßnahmen**
- 22.3. Als Gesundheitsschädigung im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch die medizinisch nachgewiesenen Folgen von Nahrungsmittel- oder Medikamentenentzug bzw. von unsachgemäßer Verabreichung notwendiger Pharmaka oder Nahrungsmittel. 25.1. Führt die versicherte Person infolge einer unfallbedingten Berufsunfähigkeit eine vom gesetzlichen Versicherer geförderte oder gezahlte staatlich anerkannte Umschulung durch, werden die hierfür anfallenden und nachgewiesenen Kosten bis zu 6.000 € erstattet.
- 22.4. Der Versicherungsschutz endet für Entführungen oder Geiselnahmen 180 Tage nach Mitternacht des Tages, an dem sich die Entführung oder Geiselnahme ereignet hat. Eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes ist nicht möglich. 25.2. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.
- 22.5. Ausgeschlossen sind Unfälle im Zusammenhang mit terroristischen Handlungen unter Verwendung von Massenvernichtungswaffen. Terroristische Handlungen sind Handlungen von politisch, religiös, ideologisch oder ähnlich motivierten Personen oder Personengruppen, deren Absicht es ist, Einfluss auf eine Regierung zu nehmen oder die Öffentlichkeit bzw. Teile der Öffentlichkeit in Furcht und Schrecken zu versetzen. Unter der Verwendung von Massenvernichtungswaffen ist der Gebrauch von explosiven nuklearen Waffen und Geräten sowie biologischen oder chemischen Waffen oder Geräten zu verstehen, mit dem Zweck, die Absonderung, das Verströmen, das Verstreuen, die Freisetzung oder das Entweichen von spaltbarem Material, von pathogenen Mikroorganismen oder Toxinen sowie von festen, flüssigen oder gasförmigen Substanzen zu ermöglichen und eine Gesundheitsschädigung zu erzielen. 25.3. Berufsunfähigkeit in diesem Sinne bedeutet, dass die versicherte Person auf nicht absehbare Zeit aufgrund von Krankheit oder Körperverletzung nicht mehr imstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Fähigkeiten und Kenntnisse voraussetzt.
- 23. Rooming-in-Leistung** 25.4. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.
- Die Rooming-in-Kosten gemäß der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhöhen sich pro Übernachtung auf 35 € und werden längstens bis zu 50 Übernachtungen geleistet.
- 24. Kurbeihilfe** **26. Medizinische Hilfsmittel**
- Wir bieten entsprechend der nachfolgenden Regelung Versicherungsschutz bei Kuraufenthalten. 26.1. Voraussetzung für die Leistung
Die versicherte Person ist nach einem Unfall im Sinne des Versicherungsvertrages und nach Abschluss aller stationären notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen weiterhin laut ärztlichem Attest mindestens nach Pflegestufe I gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG-SGB XI) pflegebedürftig.
- 24.1. Voraussetzungen für die Leistung 26.2. Höhe der Leistung
Werden Arm und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinisches Hilfsmittel ärztlich verordnet, erfolgt hierzu eine Kostenbeteiligung bis zu 10 % der versicherten Grundsumme für Invalidität, höchstens jedoch 6.000 € für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt, welche innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden.
- 24.1.1. Die versicherte Person hat nach einem unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt. 26.3. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.
- 24.1.2. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. 26.4. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, gilt der vorgenannte Höchstbetrag insgesamt für alle Unfallversicherungen.
- 24.1.3. Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Be-
- 27. Schulausfallgeld für Nachhilfeunterricht**
Kann ein versichertes Kind durch einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir ab dem 14. ausgefallenen Schultag die nachgewiesenen Kosten für

Nachhilfeunterricht. Die Leistung ist auf das 50-fache des vereinbarten Krankenhaus-Tagegeldsatzes begrenzt.

28. Fortführungsoption bei dauernd pflegebedürftigen Personen

Tritt eine dauernde Pflegebedürftigkeit durch ein vorausgegangenes Unfallereignis während der Vertragsdauer ein, so bleibt der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers bzw. dessen gesetzlichen Vertreters bestehen. Wird die Beibehaltung des Versicherungsschutzes nicht innerhalb eines Jahres nach Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit beantragt, so bleibt es bei der nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Regelung zu den nicht versicherbaren Personen. Der Versicherungsschutz endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

29. Straftaten

Versichert sind auch Unfälle bei Raufhändel und Schlägereien, in die versicherte Person nicht als Urheber oder in Ausübung seines Berufes bzw. sonstiger berufähnlicher Tätigkeit gerät.

30. Passives Kriegsrisiko für den Überraschungsfall

30.1. Befindet sich der Versicherte vorübergehend im Ausland und wird er dort von einem Kriegsereignis überrascht, so besteht Versicherungsschutz für maximal 14 Tage nachdem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind.

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

31. Innere Unruhen

Mitversichert sind Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat, oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf Seiten der Unruhestifter.

32. Fahrtveranstaltungen

Versichert sind auch Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt, (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie bei Sicherheitstraining).

33. Strahlenunfälle

Der Ausschluss gilt nicht für Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 100 Elektronen-Volt sowie durch Laser- und Maserstrahlen.

34. Nahrungsmittelvergiftungen

Mitversichert sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen. Vergiftungen, die infolge versehentlicher Einnahme von schädlichen Stoffen entstehen, die irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten worden sind, gelten ebenfalls als mitversichert.

35. Psychische und nervöse Störungen

Versichert sind auch die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall neu eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

36. Geringfügigkeit

Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund für die Zahlung von Tagelohn maßgebend.

37. Anzeigefrist für den Todesfall

Die Anzeigefrist für den Todesfall wird auf eine Woche verlängert.

38. Ärztliche Gebühren

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, werden von uns in voller Höhe übernommen.

39. Laufendes Heilverfahren

Soweit keine Todesfallsumme versichert ist, kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 20.000 € verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

40. Vorsorgeversicherung für Neugeborene

Für neugeborene leibliche Kinder der versicherten Person besteht ab Vollendung der Geburt ausschließlich im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beitragsfreier Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall, wenn für die versicherte Person eine Invaliditätssumme vereinbart ist. Die Versicherungssumme beträgt 50 % der vereinbarten Invaliditätssumme, höchstens jedoch insgesamt 75.000 € aus allen bei uns für die versicherte Person bestehenden Unfallversicherungen. Der Versicherungsschutz erlischt mit Ablauf des ersten Geburtstages des Neugeborenen.

- E) Bedingungen für den Ersatz der Kosten für stationäre Wahlleistung und Transportkosten bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt (ESW)**
1. Private und gesetzliche Krankenversicherung
 2. Gegenstand der Versicherung
 3. Mitversicherte Neugeborene
 4. Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmer
 5. Chefarztbehandlung
 6. Transportkosten zum und vom Krankenhaus
 7. Rücktransport aus dem Ausland
 8. Ausschluss der Leistungspflicht
 9. Obliegenheiten
- 1. Private und gesetzliche Krankenversicherung**
- 1.1. Der Versicherungsbestandteil ESW ist eine private Krankenzusatzversicherung. Diese dient nicht dazu, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ganz oder teilweise zu ersetzen, sondern diese zu ergänzen (nicht substitutive Krankenversicherung)
 - 1.2. Versicherungsfähig und versicherbar sind daher nur Personen, die bei einer deutschen GKV versichert sind. Das Vorhandensein von Versicherungsschutz und ein Leistungsanspruch aus der GKV ist somit Leistungsvoraussetzung für einen Anspruch aus unserer Krankenzusatzversicherung. Ein Leistungsanspruch aus unserer Krankenzusatzversicherung wird aber von uns separat und unabhängig geprüft. Allein ein Leistungsanspruch oder eine Leistung der GKV begründen daher noch keinen Leistungsanspruch aus unserer Krankenzusatzversicherung.
 - 1.3. Nimmt die versicherte Person am so genannten Kostenerstattungsverfahren teil, legen wir bei der Berechnung unserer Leistung nur den erstattungsfähigen gesetzlichen Kassenanteil zugrunde. Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn der behandelnde Arzt eine Kassenzulassung hat.
- 2. Gegenstand der Versicherung**
- 2.1. Wir leisten im Rahmen dieser Versicherung Ersatz für die Kosten stationärer Wahlleistungen und Transportkosten bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person, soweit diese Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden und vorgeleistet worden sind
 - 2.2. Ein Unfall in diesem Sinne liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen der Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
 - 2.3. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige, stationäre Heilbehandlung der versicherten Person wegen Unfallfolgen in einem Krankenhaus.
 - 2.4. Wurden bei einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt auch nicht unfallbedingte Krankheiten oder Gebrechen behandelt oder haben solche den Krankenhausaufenthalt mit verursacht, mindert sich die Versicherungsleistung um den auf die Krankheit oder das Gebrechen entfallenden Anteil der erstattungsfähigen Kosten. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, unterbleibt die Minderung.
- 2.5.** Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf inländische Heilbehandlungen, soweit nichts anderes vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde.
- 3. Mitversicherte Neugeborene**
- 3.1. Neugeborene Kinder der versicherten Person sind im Rahmen dieser Versicherung von Geburt an beitragsfrei für 12 Monate mitversichert, wenn die versicherte Person im Zeitpunkt der Geburt des Kindes schon mindestens drei Monate im Rahmen dieser Versicherung versichert war.
 - 3.2. Bei Kindern, die beitragsfrei mitversichert sind, wird die Leistung nur einmal erbracht, auch wenn mehrere Elternteile im Rahmen dieser Versicherung versichert sind.
- 4. Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmer**
- 4.1. Wir erstatten im Versicherungsfall die Mehrkosten für die Unterkunft in einem Ein- oder Zweibettzimmer gemäß den nachfolgenden Bestimmungen.
 - 4.2. Unter Mehrkosten ist der Differenzbetrag zwischen den berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen sowie der Unterkunftszuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer und der Pflichtleistung der GKV mit Ausnahme einer von der GKV verlangten Zuzahlung (z. B. häusliche Ersparnis) zu verstehen.
 - 4.3. Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist dennoch nur der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt aber die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Standardleistungen des aufgesuchten Krankenhauses und wählt die versicherte Person deshalb die Unterkunft in einem Einbettzimmer, ist der Zuschlag für dieses Einbettzimmer bis zu 60 % erstattungsfähig.
- 5. Chefarztbehandlung**
- 5.1. Wir erstatten im Versicherungsfall die Kosten für wahlärztliche und belegärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ/GOZ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
 - 5.2. Wahlärztliche Leistungen sind gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte. Belegärztliche Leistungen sind Behandlungen durch Belegärzte. Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.
- 6. Transportkosten zum und vom Krankenhaus**
- Wir erstatten im Versicherungsfall die Kosten eines medizinisch notwendigen Transportes zum und vom Krankenhaus jeweils bis maximal 100 km (im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber nur zum Krankenhaus), soweit die Kosten über die Leistungen der GKV hinausgehen. Erfolgt keine Leistung der GKV, besteht auch gegen uns kein Anspruch auf Erstattung von Transportkosten.

7. Rücktransport aus dem Ausland

7.1. Wir erstatten im Versicherungsfall bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus die um die üblichen Fahrtkosten verminderten notwendigen Kosten für einen Rettungsflug und die sonstige Reiseleistung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

7.2. Wir erstatten im Versicherungsfall die Kosten für einen Krankentransport aus dem Ausland per Rettungsflug mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug, wenn nach ärztlicher Bescheinigung dieser Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben der unfallbedingt schwer erkrankten oder verletzten versicherten Personen zu retten und der Rettungsflug von einem nach der Richtlinie des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird.

7.3. Ansonsten erstatten wir im Versicherungsfall die Kosten für einen von Nr. 6.2 abweichenden, medizinisch notwendigen und unfallbedingten Krankentransport der versicherten Person aus dem Ausland bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Wir erstatten in diesen Fällen auch die Mehrkosten, die durch medizinisch notwendige Benutzung eines schnelleren Transportmittels oder die Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse entstehen, wenn eine Buchung in einer niedrigen Klasse nicht möglich war. Dies gilt auch für Mehrkosten durch die medizinisch notwendige Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss oder durch den medizinisch notwendigen Transport mit Spezialfahrzeugen oder für Fahrtkosten für eine medizinisch notwendige Begleitung der versicherten Person durch medizinisch geschultes Personal.

8. Ausschluss der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für medizinisch notwendige, stationäre Heilbehandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus aufgrund von

8.1. Unfällen, die durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,

8.2. auf Vorsatz beruhenden Unfällen und deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren,

8.3. Unfällen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen, es sei denn, diese Störungen oder Anfälle wurden durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erst verursacht,

8.4. Unfällen, die dadurch verursacht wurden, dass die versicherte Person an Geisteskrankheit, Epilepsie, Bluterkrankheit, Leukämie, multipler Sklerose, Osteoporose, Schizophrenie oder spastischen Erkrankungen leidet oder dauernd pflegebedürftig ist. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf,

8.5. Unfällen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vor-

sätzlich eine Straftat ausführt oder versucht,

8.6. Unfällen, 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,

8.7. Unfällen der versicherten Person

8.7.1. als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;

8.7.2. als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

8.7.3. bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder

8.7.4. bei der Benutzung von Raumfahrzeugen,

8.8. Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind,

8.9. Unfällen, die der versicherten Person in Ausübung eines besonders gefährlichen Berufes zustoßen. Die besonders gefährlichen Berufe sind in unserem Berufsgruppenverzeichnis aufgeführt, das Anlage zu diesen Bedingungen ist. Dazu zählen insbesondere Betriebsbelegschaften, die explosive Stoffe herstellen, bearbeiten, lagern, befördern, verwenden, vertreiben und Bergleute oder andere Personen, die unterirdische Arbeiten ausführen, sowie Pyrotechniker und Sprengmeister sowie deren Helfer, Dachdecker, Gerüstbauer, Such- und Räumtrupps, Schiffsbesatzungen und Offshore-Mannschaften, Stuntmen, Artisten, Tierbändiger sowie Vertrags- und Lizenzsportler oder vergleichbare Tätigkeiten,

8.10. für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger sowie für ambulante oder stationäre Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort und

8.11. für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, jedoch werden in diesen Fällen nachgewiesene Sachkosten nach diesen Bedingungen erstattet.

9. Obliegenheiten

9.1. Im Versicherungsfall haben Sie uns sämtliche Belege (z. B. Arzt- und Krankenhausrechnungen Transportkostenrechnungen etc.) im Original mit Erstattungsvermerk der GKV einzureichen. Diese Unterlagen müssen den Vor- und Zunamen der versicherten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.

9.2. Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

9.3. Sie und die versicherte Person haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind.

9.4. Wird für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenzusatz- oder Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht die versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der GKV Gebrauch, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

- 9.5. Für die Erstattung von Transportkosten und Rücktransportkosten ist neben Belegen für die Kosten des Transports bzw. Rücktransports eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports vorzulegen.
- 9.6. Bei Verletzung einer oder mehrerer dieser Obliegenheiten gilt Abschnitt A) Nr. 6 entsprechend.