

Vertragsunterlagen zu Ihrer Unfallversicherung (AUB 2014)

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vertragsbestimmungen	2
Verbraucherinformationen nach § 10 a Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)	2
Ergänzende Informationen für Fernabsatzverträge	2
Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)	2
Erläuterungen zur Unfallversicherungen / Tarifbestimmungen	3 - 4
Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2014)	5 - 11
Besondere Bedingungen Compact	12 - 14
Besondere Bedingungen Exklusiv Fair Play (gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)	15 - 19
Klauseln Compact	
Klauseln Exklusiv Fair Play (gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)	20
Klauseln Leistungserweiterung Krebserkrankungen (gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)	20
Klauseln Leistungserweiterung Krankheit- & Reha-Management – Reha-Assist – (gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)	20 - 21
Besondere Bedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern als Zusatzversicherung zur Unfallversicherung – BBUSK – (gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)	22
Besondere Bedingungen zur Unfall Assistance Versicherung – BBUAS – (gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)	23
Besondere Bedingungen zur Pflegetagegeldzusatzvereinbarung (gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)	24 - 27
Merkblatt zur Datenverarbeitung	28
Satzung Ostangler Brandgilde VVaG	29 - 30

Vertragsbestimmungen, Verbraucherinformationen, Ergänzende Informationen für Fernabsatzverträge, Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

A. Vertragsbestimmungen	
<p>1. Vertragsgrundlagen Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag und den</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allgemeinen Unfall Versicherungsbedingungen (AUB 2014) - vereinbarten Besondere Bedingungen - vereinbarten Klauseln 	<ul style="list-style-type: none"> - etwaigen besonderen Vereinbarungen, den gesetzlichen sowie den nachfolgenden Bestimmungen. - Merkblatt zur Datenverarbeitung - Satzung der Ostangler Brandgilde VVaG

B. Verbraucherinformationen nach § 10 a Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz	
<p>1. Ihr Versicherer ist die OSTANGLER BRANDGILDE, VVaG Flensburger Str. 5, 24376 Kappeln, Tel. 0 46 42 - 9 14 70, Fax 0 46 42 - 91 47 77, E-Mail: info@oab.de · Internet: www.ostangler.de Vorstand: Vorsitzender: Jens-Uwe Rohwer, Andreas Schmid. Aufsichtsrat: Vorsitzender: Hans-Walter Jens Amtsgericht Flensburg - HRB Nr. 158 KA Gesellschafter der OSTANGLER BRANDGILDE VVaG: Die OSTANGLER BRANDGILDE ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, das heißt wir gehören unseren Mitgliedern. Auf das Versicherungsverhältnis fällt das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.</p> <p>2. Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung</p> <p>3. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.</p> <p>4. Die Angaben zur Beitragshöhe und die Zahlweise ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein. Die gesetzliche Versicherungssteuer ist in den ausgewiesenen Beiträgen enthalten. Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben.</p> <p>5. Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers (§ 8 Versicherungsvertragsgesetz)</p> <p>5.1 Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von 2 Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (z. B. Brief, Fax, Email) gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Der Widerruf ist zu richten an: OSTANGLER BRANDGILDE VVaG, Flensburger Straße 5, 24376 Kappeln.</p> <p>5.2 Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 und b. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Absatzes 1 Satz 2 enthält. <p>Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das vom Bundesministerium der Justiz auf Grund einer Rechtsverordnung nach Absatz 5 veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.</p> <p>5.3 Das Widerrufsrecht besteht nicht</p> <ol style="list-style-type: none"> a. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat, b. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, 	<ol style="list-style-type: none"> c. bei Versicherungsverträgen bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, d. bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz, <p>Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.</p> <p>5.4 Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist abweichend von Absatz 2 Satz 1 nicht vor Erfüllung auch der in § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelten Pflichten.</p> <p>5.5 Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Inhalt und Gestaltung der dem Versicherungsnehmer nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 mitzuteilenden Belehrung über das Widerrufsrecht festzulegen.</p> <p>6. Rechtsfolgen des Widerrufs (§ 9 Versicherungsvertragsgesetz) Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren und ggf. gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben. Können Sie uns die empfangene Leistung sowie Nutzungen (z.B. Gebrauchsvorteile) nicht oder teilweise nicht oder nur in verschlechtertem Zustand zurückgewähren beziehungsweise herausgeben, müssen Sie uns insoweit Wertersatz leisten. Für die Verschlechterung der Sache müssen Sie Wertersatz nur leisten, soweit die Verschlechterung auf einen Umgang mit der Sache zurückzuführen ist, der über die Prüfung der Eigenschaften und der Funktionsweise hinausgeht. Unter „Prüfung der Eigenschaften und der Funktionsweise“ versteht man das Testen und Ausprobieren der jeweiligen Ware, wie es etwa im Ladengeschäft möglich und üblich ist. Paketversandfähige Sachen sind auf unsere Kosten und Gefahr zurückzugeben. Nicht paketversandfähige Sachen werden bei Ihnen abgeholt. Verpflichtungen zur Erstattung von Zahlungen müssen innerhalb von 30 Tagen erfüllt werden. Die Frist beginnt für Sie mit der Absendung Ihrer Widerrufserklärung oder der Sache, für uns mit deren Empfang. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach Ziffer 5 wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.</p> <p>7. Die für die Zulassung und für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn.</p> <p>8. Ombudsmann: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin; Tel.: 030- 206 058 0</p>

C. Ergänzende Informationen für Fernabsatzverträge	
<p>Diese Informationen gelten für Versicherungsverträge, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln (z.B. Brief, Telefon, Fax, Email, Internet) abgeschlossen werden (Fernabsatzverträge).</p> <p>1. Der Vertrag kommt durch die Übersendung des Versicherungsscheins zustande.</p> <p>2. Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform ohne Begründung widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt am Tage des Abschlusses des Fernabsatzvertrages bzw. – falls Ihnen die Vertragsbestimmungen einschl. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die beiliegenden Informationen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht vorliegen – mit dem Zugang der genannten Unterlagen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Durch den Widerruf wird der Vertrag unwirksam. Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht, soweit im Vertrag</p>	<p>nicht ein anderes vereinbart ist, nicht bei Fernabsatzverträgen über Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Sofern Sie Ihr Widerrufsrecht ausüben, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie haben Sie in diesem Fall zu zahlen. Die Erstattung durch uns muss unverzüglich, spätestens 30 Kalendertage nach Zugang des Widerrufs erfolgen. Soweit Sie ein Widerspruchsrecht nach den gesetzlichen Vorschriften über Fernabsatzverträge haben, steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gem. § 8 VVG nicht zu.</p> <p>3. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit besteht im Betrieb der Haftpflicht-, Unfall- und Sachversicherungen.</p> <p>4. Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt; die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache geführt.</p>

D. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)	
<p>Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsenderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos, zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe an andere Versicherer übermitteln.</p> <p>Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.</p> <p>Ich willige ferner ein, dass die Ostangler Brandgilde VVaG meine allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner</p>	<p>Versicherungsangelegenheiten dient.</p> <p>Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.</p> <p>Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.</p> <p>Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss (mit weiteren Verbraucherinformationen), auf Wunsch auch sofort, überlassen wird.</p>

E. Erläuterungen zur Unfallversicherung / Tarifbestimmungen

Versicherungsumfang

Die Versicherung erstreckt sich bei berufstätigen Personen auf Unfälle innerhalb und außerhalb des Berufes, bei nicht berufstätigen Personen und Kindern auf Unfälle des täglichen Lebens. Bei Kindern sind außerdem Unfälle bei der Schul- und Berufsausbildung eingeschlossen. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

Tarifvarianten

- Compact
- Compact Spar
- Es wird ab 20% Invalidität reguliert.
- Exklusiv Fair Play
- Einschluss der Knochenbruchversicherung - bis zu einer Summe von jeweils 1.000 EUR.
- Einschluss Wellness-Wochenende für zwei Personen – ab einer drohenden, ärztlich festgestellten Invalidität von 30 % - innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis
- Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall – Wir ermöglichen Ihnen die freie Krankenhauswahl unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die Mehrkosten, die Ihnen von Ihrer GKV nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungskrankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen, 10 % der Invaliditätssumme/ max. 10.000 EUR
- Reha Management -- Ab einer Invalidität von 30 % unterstützen wir Sie bei der Auswahl eventueller Rehabilitationsmaßnahmen.

Klausel Krebserkrankungen

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

- **Sofortleistung bei bedingungsgemäß vereinbarten Krebserkrankungen:** bis 10% der Invaliditätsleistung max. 15.000,- EURO
- Kosmetische OP nach Brustkrebs
- Krebsbedingte OP mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüsen bis 5.000 EUR

Besondere Bedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern als Zusatzversicherung zur Unfallversicherung – BBUSK –

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Mitversicherte kritische Erkrankungen:

- Krebs
- Chronisches Nierenversagen
- Multiple Sklerose
- Organtransplantationen

Besondere Bedingungen zur Unfall Assistance Versicherung – BBUAS –

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Mitversicherte Assistance Leistungen:

- Erstgespräch
- Hausnotrufdienst
- Mahlzeitendienst
- Vermittlung einer Tierbetreuung
- Wohnungsreinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung
- Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
- Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden
- Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien
- Pflegeschulung für Angehörige
- Grundpflege
- 24-Stunden-Pflegenotruf
- Pflegeberatung
- Vermittlung von Pflegehilfsmitteln
- Tag- und Nachtwache
- Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen
- Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Besondere Bedingungen zur Pflegegeldzusatzversicherung

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

- Pflegestufen I, II und III gem. Sozialgesetzbuch XI
- Eintrittsalter: mind. 20 Jahre, maximal 60 Jahre
- Versicherungsdauer gem. Unfallvertrag, maximal bis zum 75. Geburtstag
- Leistungsdauer: Bis zum Tod bzw. dem Ende der Pflegebedürftigkeit
- Beitragsbefreiung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit für die Dauer der Pflegebedürftigkeit

Klausel Leistungserweiterung Krankheit- & Reha-Management – Reha Assist

Versicherungssumme 4.500 €

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Vertragspartner

Ostangler Brandgilde VVaG, Flensburger Straße 5, 24376 Kappeln

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach den Antragsangaben, den gesetzlichen Bestimmungen, der Satzung der Ostangler Brandgilde, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) sowie den jeweils vereinbarten Besonderen Bedingungen und Klauseln zur Unfallversicherung.

Die maßgeblichen Bedingungen und Klauseln, die Satzung der Ostangler Brandgilde sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung werden dem Antragsteller/der versicherten Person vor Vertragsabschluss zur Verfügung gestellt.

Risikofragen des Versicherungsmaklers

Die vom Versicherungsmakler verwendeten Risikofragen zu gefährerheblichen Umständen werden als Fragen des Versicherers, Ostangler Brandgilde, anerkannt. Sie stellen somit wichtige Fragen des Versicherers für den Vertragsabschluss dar.

Unterschriften

Der Antrag und etwaige Fragebögen sind vom Antragsteller zu unterschreiben. Bei Anträgen von Minderjährigen ist zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Bei vereinbartem Lastschriftverfahren ist bei Abschluss des Vertrages ein gesondertes SEPA Lastschriftmandat zu unterschreiben.

Geltendes Recht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Vertragsdauer

Der Vertrag wird zunächst für ein Jahr geschlossen. Nach Ablauf dieser Zeit verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine

schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens am Tag des Antragseingangs bei der Ostangler Brandgilde.

Zeitpunkt

Anträge dürfen nicht früher als ein Jahr vor Vertragsbeginn aufgenommen werden.

Eintrittsalter

Kinder und Jugendliche: 0 bis 17 Jahre
Erwachsene: 18 bis 70 Jahre

Ende der Versicherbarkeit

Der Vertrag endet mit Vollendung des 75. Lebensjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Bei Erreichen des maximalen Endalters ist ein Tarifwechsel in den Seniorentarif ohne eine erneute Gesundheitsprüfung möglich. Kinder und Jugendliche können nach vollendeter Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach dem Tarif für die Kinder-Unfallversicherung versichert werden. Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es besteht nach dem dann gültigen Tarif ein Wahlrecht gemäß Ziffer 5.1.1 AUB 2007.

Beiträge (grundsätzlich besteht Beitragseinzug)

Die Einzelbeiträge, der zu entrichtenden Gesamtbeitrag und die Zahlungsweise ergeben sich aus dem Antrag.

Mindestbeitrag / Mindestbeitrag:

40,00 EURO Jahresbeitrag

Gebühren und Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben. Versicherungsvermittler und Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, ihrerseits noch besondere Gebühren oder Kosten zu berechnen.

Zahlungsweise

monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich

Tarifbestimmungen / Ratenzahlung

halbjährliche Zahlungsweise	3 % auf die jeweilige Rate
vierteljährliche Zahlungsweise	5 % auf die jeweilige Rate
monatliche Zahlungsweise	7 % auf die jeweilige Rate

Unterjährige Beitragszahlungen nur mit Einzugsermächtigung möglich.

Dynamik

Maßgeblich für die Vereinbarung der Dynamik werden die Versicherungssummen – mit Ausnahme der Beträge für Bergungskosten, kosmetische Operationen und Kurkostenbeihilfe sowie die anderen in den Besonderen Bedingungen genannten zusätzlichen kostenfreien Leistungen – und die Beiträge jährlich um 2 %, 3 % oder 5 % erhöht.

- Die Dynamik kann nicht vereinbart werden, wenn die Höchstleistung bei Vollinvalidität 600.000 EURO übersteigt.
- Eine vereinbarte Dynamik entfällt, wenn die Höchstleistung bei Vollinvalidität ohne Progression 600.000 EURO übersteigt.

Gefahrengruppeneinteilung

Maßgeblich für die Einstufung ist die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit bzw. Beschäftigung, nicht der erlernte Beruf. Männer und Frauen, die sich in der Ausbildung befinden (z.B. Volontäre, Praktikanten, Umschüler, Auszubildene) sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen. Die Einteilung der Gefahrengruppen A und B erfolgt nach Eingruppierung von GDV-Daten.

Gefahrengruppe K

Alle Kinder und Jugendliche

Die Einstufung in diese Gefahrengruppe erfolgt für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Zuordnung gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Danach erfolgt die Einstufung in die Gefahrengruppe A oder B.

Body Mass Index

Die Ostangler behält sich vor, ab einem BMI von 30 einen Zuschlag zu berechnen.

Anfragepflichtige Berufe

Artisten / Akrobaten
Bergführer
Figuranten
Antragsteller, die nur ein kurzfristiges Risiko versichern wollen
Rennrodler
Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler
Besatzungen von Ölplattformen
Bewachungspersonal im Personenschutz
Berufstaucher
Schornsteinfeger
Brückenbauer
Flugzeugbesatzungen, Drachenflieger und
Bobfahrer
Luftpool-Risiken
Personen mit ähnlichen Flughobbys
Feuerwerker / Pyrotechniker
Stuntman
Kriegsteilnehmer
Rennfahrer
Schiffsbesatzungen Sprengpersonal
Atomrisiken
Rennreiter
Tierbändiger und Tierpfleger
Such- und Räumungspersonal
Munition / explosive Stoffe

Nicht versicherte Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert, sind dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftige Personen (Pflegestufe 2 und 3) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

Bezugsberechtigung

Die im Todesfall bezugsberechtigten Personen sind möglichst namentlich

mit Geburtsdatum zu benennen. Unterbleibt die Benennung, ist bei Unfalltod eines/einer versicherten Person bezugsberechtigt:

- a) der überlebende Ehegatte, mit dem er/sie zum Zeitpunkt des Ablebens verheiratet war,
 - b) seine/ihre ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder zu gleichen Teilen
 - c) seine/ihre Eltern zu gleichen Teilen
 - d) seine/ihre Erben zu gleichen Teilen
- in der Reihenfolge der Buchstaben unter Ausschluss des/der jeweils nachfolgenden Berechtigten.

Gesundheitsfragen

- Herz- Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt, Ersatz einer Herzklappe, Bewusstlosigkeit, Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Gerinnungsstörungen)
- Erkrankungen des Gehirn- Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Polyneuropathie/Nervenschädigung, Epilepsie, Alzheimer, Demenz, Schlaganfall/Hirnblutung, Bewusstseinsstörung, Durchblutungsstörung des Gehirns, Schwindel mit Sturz)
- Erkrankungen des Skelett- Bewegungsapparates (Osteoporose, Knochenbrüche/Unfälle, Arthrose, Gelenkersatz, Gelenkrheuma, Wirbelsäule, M. Bechterew, Kreuzbandersatz, Meniskusschaden; Gehhilfen erforderlich – Rollator, Stock, Stützen)
- Systemischen Erkrankungen: (Diabetes, Fibromyalgie, Lupus, Krebs, Rheuma, Dialyse, Myasthenia gravis, Organtransplantation, Schlafapnoe/nächtl. Atemaussetzer, chron. Schmerzsyndrom, HIV-Infektion)
- Erkrankungen der Psyche (Psychose, Neurose, Depression, Angstzuständen, Selbsttötungsversuch, Alkohol – Drogen oder sonstiger Suchtmittelkrankung)
- Erkrankungen der Augen – (Fehlsichtigkeit, Blindheit, grauer Star, grüner Star) Bei Fehlsichtigkeit bitte aktuelle erforderliche Dioptriezahl angeben

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang

Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos, zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe an andere Versicherer übermittelt.
Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Ostangler Brandgilde VVaG meine allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss (mit weiteren Verbraucherinformationen), auf Wunsch auch sofort, überlassen wird.

Textform für Anzeigen und Erklärungen

Alle für die Ostangler Brandgilde VVaG bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und an die Ostangler Brandgilde VVaG zu richten. Die Versicherungsvermittler sind zu der Entgegennahme mündlicher Anzeigen und Erklärungen nicht bevollmächtigt.

Deckungszusagen

Die selbständige Abgaben von Deckungszusagen ist den Versicherungsvermittlern und Versicherungsmaklern untersagt und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherungsschutz.

Nebenabreden

Mündliche Nebenabreden zum Inhalt und Umfang des Versicherungsvertrages sind nicht verbindlich. Schriftliche Nebenabreden müssen dem Antrag beigefügt sein. Sie sind nur dann verbindlich, wenn der Versicherer sie schriftlich oder durch Aufnahme in den Versicherungsschein genehmigt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Die Ostangler Brandgilde VVaG ist berechtigt – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über den Gesundheitszustand des Antragstellers/der zu versichernden Person, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle, und über frühere bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines beantragten Vertrags zu überprüfen.

Zu diesem Zweck befreien der Antragsteller/die zu versichernde Person mit Beantragung einer Unfallversicherung Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die ihn/sie in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht- und zwar auch über den Tod hinaus – und ermächtigen sie, der Ostangler Brandgilde VVaG die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen der Antragsteller/die zu versichernde Person bisher in Vertragsbeziehungen stand oder steht.
Die Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Telefonische Information und Beratung

Der Antragsteller/die zu versichernde Person ist bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Ostangler Brandgilde VVaG und ihre Vermittler im Zuge der Beratungs- und Betreuungspflicht sowie der Qualitätskontrolle ihn/sie wegen des Vertrages und sonstiger Angebote per Telefon, Fax oder E-Mail informieren und beraten darf.

Infoscore

Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten beziehen wir von der Infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet. Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente. Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.
Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.
Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre Ostangler Versicherungen

Wer ist wer?

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

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
 - 1.1 Grundsatz
 - 1.2 Geltungsbereich
 - 1.3 Unfallbegriff
 - 1.4 Erweiteter Unfallbegriff
 - 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfallrente (Hinweis: Bietet die Ostangler Brandgilde VVaG nicht an)
 - 2.3 Übergangsleistung
 - 2.4 Tagegeld
 - 2.5 Krankenhaustagegeld
 - 2.6 Todesfallleistung
 - 2.7 Kosten für kosmetische Operationen
 - 2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
 - 3.1 Krankheiten und Gebrechen
 - 3.2 Mitwirkung
- 4 Was ist nicht versichert?
 - 4.1 Ausgeschlossene Unfälle
 - 4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
- 5 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?
 - 5.1 Umstellung des Kindertarifs
 - 5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Der Leistungsfall

- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 8 Wann sind die Leistungen fällig?
 - 8.1 Erklärung über die Leistungspflicht
 - 8.2 Fälligkeit der Leistung
 - 8.3 Vorschüsse
 - 8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer

- 9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
 - 9.1 Beginn des Versicherungsschutzes
 - 9.2 Dauer und Ende des Vertrags
 - 9.3 Kündigung nach Versicherungsfall
 - 9.4 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag

- 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
 - 10.1 Beitrag und Versicherungssteuer
 - 10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag
 - 10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag
 - 10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
 - 10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - 10.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Weitere Bestimmungen

- 11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
 - 11.1 Fremdversicherung
 - 11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
 - 11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
- 12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
 - 12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
 - 12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
 - 12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
 - 12.4 Anfechtung
 - 12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
- 13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
 - 13.1 Gesetzliche Verjährung
 - 13.2 Aussetzung der Verjährung
- 14 Welches Gericht ist zuständig?
- 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 16 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

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

Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

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

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 4).

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.
Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

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

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall

bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfalleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung
Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 8.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

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

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

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

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität
Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

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

- die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2 Unfallrente (bietet die Ostangler Brandgilde VVaG nicht an)

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

2.3.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung
Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100% zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50% zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

2.5 Krankenhaustagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 1 Tag ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

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

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung
Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für 30 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.
Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung
Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik entstanden.

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

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

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

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

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

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

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Was ist nicht versichert?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass

sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele:

Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
- torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel:

Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

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

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

Ausnahme:

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

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

Diese Ausnahme gilt nicht

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

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

4.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht, und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

4.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und

- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

4.2.4 Infektionen

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziff 4.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

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

Beispiele:

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

4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

5.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 9.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

5.2.1 Mitteilung der Änderung

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

5.2.2 Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.

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

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

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

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

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

6.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

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

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

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

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

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

8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

- bei Invalitätsleistung bis zu 5 % der versicherten Summe.
- bei Übergangsleistung bis zu 5 % der versicherten Summe.
- bei Tagegeld und Krankenhaustagegeld jeweils bis zu 3 Tagessätze.
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 5 % der jeweils versicherten Summe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

8.2 Fälligkeit der Leistung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

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

9.2 Dauer und Ende des Vertrags

9.2.1 Vertragsdauer
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

9.2.3 Vertragsbeendigung
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

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

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

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

9.4 Versicherungsjahr
Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:
Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsbeitrag

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

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode
Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die

Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

10.1.2 Versicherungssteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag

10.2.1 Fälligkeit der Zahlung
Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

10.2.3 Rücktritt
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 10.3.3).

10.3.3 Zahlungsfrist
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 10.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

10.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung
Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten. Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

10.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und

- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

10.6.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Weitere Bestimmungen

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

11.1 Fremdversicherung

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

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

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

11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend an-zuwenden.

11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

12.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

12.2.2 Kündigung

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

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

12.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 10.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

12.4 Anfechtung

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

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

12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 12.1. bis 12.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

13 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

13.1 Gesetzliche Verjährung

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

13.2 Aussetzung der Verjährung

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

14 Welches Gericht ist zuständig?

14.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

14.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

- 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 15.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
 - an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.
- 15.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.
- Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
- Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.
- Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.
- 16 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung BBU Compact

Inhaltsverzeichnis

Erweiterungen zu den AUB 2014

A. Erweiterung des Unfallbegriffes

1. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen
2. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten
3. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe
4. Ertrinken und Ersticken
5. Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegungen

B. Erweiterung der Leistungen

6. Gliedertaxe
7. Progressive Invaliditätsstaffel 225 %
8. Progressive Invaliditätsstaffel 350 %
9. Progressive Invaliditätsstaffel 500 %
10. Bergungs- und Transportkosten
11. Kosmetische Operationen
12. Nahrungsmittelvergiftungen
13. Infektionen
14. Bewusstseinsstörungen
15. Passives Kriegsrisiko
16. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
17. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)
18. Leistungsgarantie gegenüber GDV Bedingungen
19. Künftige Bedingungsverbesserungen
20. Beitragsanpassungsklausel

C. Leistungen speziell für Kinder

21. Rooming- in
22. Vergiftungen

D. Leistungserweiterungen – soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert –

- Klauseln Leistungserweiterung Fair Play
 - Klauseln Leistungserweiterung Krebserkrankungen
 - Besondere Bedingungen Leistungserweiterung Vorsorge Kinder
 - Besondere Bedingungen Leistungserweiterung Assistace Leistungen
 - Besondere Bedingungen Leistungserweiterung Pflegegeldzusatzversicherung
 - Besondere Bedingungen Leistungserweiterungen Reha - Assist
- Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014)**

A. Erweiterung des Unfallbegriffes

1. **Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)
 1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
 2. Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhe, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.
2. **Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten**
 1. Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2014 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.
 2. Therapie und Druckkammerkosten nach einem Tauchschaaden sind jedoch bis maximal 5.000 EUR mitversichert.
3. **Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe** (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
4. **Ertrinken und Ersticken** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

Die Entschädigung ist auf 5.000 EUR begrenzt.

5. **Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen** (zu Ziffer 1.4 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2014 gelten als Unfall – sofern eine Invalidität als Folge eines Unfalles besteht – auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte

 - a) Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche,
 - b) Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
 - c) Verrenkungen eines Gelenks,
 - d) Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapselfen oder Menisken.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schäden der Bandscheiben. Die Entschädigung wird ab einem Invaliditätsgrad von mind. 25% geleistet. Die maximale Entschädigung beträgt 20.000 EUR.

B. Erweiterungen der Leistungen

6. Gliedertaxe (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit:

eines Armes im Schultergelenk	70 %
eines Armes oberhalb des Ellbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	60 %
einer Hand im Handgelenk	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines bis mindestens zur Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines unterhalb des Knies	50 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes im Fußgelenk	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %
der Stimme	20 %

7. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1.2 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

8. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1.2 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

9. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1.2 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	212	83	364
27	31	46	88	65	220	84	372
28	34	47	91	66	228	85	380
29	37	48	94	67	236	86	388
30	40	49	97	68	244	87	396
31	43	50	100	69	252	88	404
32	46	51	108	70	260	89	412
33	49	52	116	71	268	90	420
34	52	53	124	72	276	91	428
35	55	54	132	73	284	92	436
36	58	55	140	74	292	93	444
37	61	56	148	75	300	94	452
38	64	57	156	76	308	95	460
39	67	58	164	77	316	96	468
40	70	59	172	78	324	97	476
41	73	60	180	79	332	98	484
42	76	61	188	80	340	99	492
43	79	62	196	81	348	100	500
44	82	63	204	82	356		

10. Bergungs- und Transportkosten (zu Ziffer 2.8 AUB 2014)

1. Art der Leistungen

- a) Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- b) Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- c) Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport (auch Flugrückholung) der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- d) Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- e) Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit – sofern eine drohende Invalidität von 10% festgestellt und nachgewiesen wird.
- f) Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernehmen wir neben den Mehrkosten der Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu 300 EUR.
- g) Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

- h) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- i) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2. Höhe der Leistungen

- a) Die unter Ziffer 1 aufgeführten Kosten werden bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe gezahlt, maximal jedoch bis 15.000 EUR.
- b) Die unter Ziffer 1.c) aufgeführten Flugrückholungskosten werden bis maximal 2.000 EUR erstattet.
- c) Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- d) Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- e) Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

11. Kosmetische Operationen (zu Ziffer 2.7 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 2.7 der AUB 2014 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2. Art und Höhe der Leistungen

- 2.1 Es wird Ersatz für nachgewiesene Leistungen geleistet bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe, maximal jedoch bis 10.000 EUR.
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
- 2.2 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 2.3 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 2.4 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

12. Nahrungsmittelvergiftungen (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2014 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert. Die Leistung ist auf maximal 10.000 EUR begrenzt.

13. Infektionen (zu Ziffer 4.2.4 AUB 2014)

- 1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest),
 - b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Typhus/Paratyphus.
- 2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
- 3. Als Unfallereignis nach Nr. 1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z.B. allergische Reaktionen).
- 4. Als Unfallereignis nach Nr. 1 gelten auch Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf.
- 5. Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt, begrenzt auf maximal 30 Tage.
- 6. Der Versicherer erbringt eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB 2014 und für den Todesfall gemäß Ziffer 2.6 AUB 2014, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.

Die Entschädigung ist auf 50.000 EUR begrenzt.

14. Bewusstseinsstörungen (zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)

In Abänderung von Ziffer 4.1.1 AUB 2014 sind Unfälle aufgrund von Übermüdung und Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht sind, mitversichert.

- bei Trunkenheit jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6‰ liegt
- bei Lenken von Kraftfahrzeugen unter 0,5‰ liegt.

Unfälle, die durch Drogeneinfluss entstehen, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Sollte bei Unfällen mit KFZ und Zweirad aufgrund einer Bewusstseinsstörung durch Medikamente auf dem Medikamentenbeipackzettel auf eine Fahruntüchtigkeit hingewiesen worden sein, kürzen wir die Leistung generell um 50%.

Unfälle nach ambulanten Operationen bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Unfälle aufgrund von Übermüdung und das Einschlafen infolge einer Übermüdung sind versichert.

15. Passives Kriegsrisiko (zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)

1. Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 14. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
2. Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle
 - a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,
 - b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalt dort öffentlich gewarnt worden ist,
 - c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

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

- d) durch ABC Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
- e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten wie z.B. China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.

16. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (zu Ziffer 3 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 3 AUB 2014 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 35 % beträgt.

17. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

1. Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre. Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

2. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

3. Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn Sie der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.

Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.

4. Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2014 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.

5. Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

18. Leistungsgarantie gegenüber den GDV Bedingungen

Die Ostangler garantiert, dass die dieser Privaten Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2014) und Besonderen Bedingungen zur Privat-Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen abweichen.

19. Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die diesem Unfallversicherungsprodukt zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

20. Beitragsanpassungsklausel

1. Der Tarifbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation von Versicherungssummen und dem jeweiligen Beitragssatz für die einzelne Risiko-art. Der Beitragssatz errechnet sich aus Grundbeitragssatz und Zuschlägen oder Nachlässen für besondere Gefahrenverhältnisse. Der Beitragssatz wird unter Berücksichtigung von Schadenaufwand, Kosten und Gewinnansatz kalkuliert.

Bei der Neukalkulation des Beitragssatzes für bestehende Beiträge ist der Schadenbedarf einer ausreichend großen Anzahl gleichartiger Risiken, die Gegenstand dieser Versicherung sind, und die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen. Ergibt die Neukalkulation, dass eine Änderung des Beitragssatzes erforderlich ist, so wird mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres für bestehende Verträge der Tarifbeitrag um den Prozentsatz erhöht, um den der aufgrund der Neukalkulation ermittelte Schadenbedarf vom bisher kalkulierten abweicht – maximal jedoch um 20%.

Der Änderungsprozentsatz wird auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet.

Obergrenze für eine Beitragserhöhung ist der Tarifbeitrag für vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft.

2. Erhöht sich der Beitrag aufgrund Nr. 1, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung schriftlich kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Sie können auch die Umstellung des Vertrages auf Neugeschäftstarif und –bedingungen verlangen. Beitragsenkung gelten automatisch ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Wir werden Sie in der Mitteilung zur Beitragsanpassung auf dieses gesetzliche Kündigungsrecht hinweisen. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens zwei Monate vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.

3. Wenn eine Bestimmung in den vorliegenden Versicherungsbedingungen (Klausel)
 - durch höchstrichterliche Entscheidung oder
 - durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt
 für unwirksam erklärt worden ist, dann sind wir berechtigt, die betroffene Klausel zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen, wenn die Voraussetzung der folgenden Absätze vorliegen.

4. Die Anpassung kommt nur in Betracht für Klauseln über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Ihre Obliegenheiten nach Vertragsabschluss, Beitragsanpassung, Vertragsdauer und Kündigung.

5. Die Anpassung setzt voraus, dass die gesetzlichen Vorschriften keine konkrete Regelung zur Füllung der Lücke enthalten und dass die ersatzlose Streichung der Klausel keine angemessene, den typischen Interessen der Vertragspartner gerechte Lösung darstellt.

6. Die Anpassung erfolgt nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung. Das bedeutet, dass die unwirksame Klausel durch die Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessen und Ihnen typische Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn Ihnen die Unwirksamkeit der Klausel zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.

7. Unter den oben genannten Voraussetzungen haben wir eine Anpassungsbefugnis für im Wesentlichen inhaltsgleiche Klauseln auch dann, wenn sich die gerichtlichen oder behördlichen Entscheidungen gegen Klauseln anderer Versicherer richten.

8. Die angepassten Klauseln werden wir Ihnen in Textform bekannt geben und erläutern.

Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie bei der Bekanntgabe ausdrücklich hinweisen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Bei fristgemäßem Widerspruch tritt die Bedingungsanpassung nicht in Kraft.

Wir können innerhalb von sechs Wochen nach Zugang des Widerspruchs den Versicherungsvertrag mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Monats schriftlich kündigen, wenn für uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist.

Eine E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

9. Eine E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

10. Eine E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

C. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

21. Rooming- in (zu Ziffer 2 AUB 2014)

1. Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 10 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 EUR gezahlt.

2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

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

4. Der unter Ziffer 1. angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

22. Vergiftungen (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 Abs. 2 AUB 2014 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung BBU Exclusiv Fair Play

Inhaltsverzeichnis

Erweiterungen zu den AUB 2014

A. Erweiterung des Unfallbegriffes

1. Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen
2. Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten
3. Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe
4. Ertrinken und Ersticken
5. Erfrieren
6. Flüssigkeits- Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug
7. Sonnenbrand oder Sonnenstich
8. Erhöhte Kraftanstrengung und Eigenbewegungen
9. Herzinfarkt und Schlaganfall
10. Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung

B. Erweiterung der Leistungen

11. verbesserte Gliedertaxe
12. Progressive Invaliditätsstaffel 225 %
13. Progressive Invaliditätsstaffel 350 %
14. Progressive Invaliditätsstaffel 500 %
15. Todesfalleistung bei Verschollenheit
16. Todesfalleistung bei Tod beider Elternteile
17. Bergungs- und Transportkosten
18. Kurkostenbeihilfe
19. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen
20. Reparatur von Prothesen
21. Kosmetische Operationen und Zahnersatz
22. Sofortleistung bei schweren Verletzungen
23. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld
24. Komageld
25. Pflegegeld
26. Vorschussleistungen
27. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
28. Infektionen
29. Bewusstseinsstörungen
30. Nicht oder falsch eingenommene Medikamente infolge Entführung
31. Fahrtveranstaltungen
32. Psychische Erkrankungen durch Unfall
33. Passives Kriegsrisiko
34. Wehrdienst / Zivildienst
35. Strahlenschäden
36. Nahrungsmittelvergiftungen
37. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen
38. Meldefrist bei Unfalltod
39. Versehensklausel Anzeige Unfallschaden
40. Versehensklausel bei Berufswechsel
41. Verdienstausfall
42. Arbeitslosigkeit
43. Arbeitsunfähigkeit
44. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung / eingetragener Lebenspartnerschaft
45. Neufeststellung der Invalidität
46. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)
47. Leistungsgarantie gegenüber GDV Bedingungen
48. künftige Bedingungsverbesserungen
49. Beitragsanpassung

C. Leistungen speziell für Kinder

50. Rooming- in
51. Unfälle beim Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern
52. Vergiftungen
53. Nachhilfeunterricht
54. Vorsorgeversicherung für Neugeborene
55. Vorsorgeversicherung für adoptierte Kinder

D. Leistungserweiterungen

- soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert –
- Klauseln Leistungserweiterung Fair Play
 - Klauseln Leistungserweiterung Krebserkrankungen
 - Besondere Bedingungen Leistungserweiterungen Reha - Assist
 - Besondere Bedingungen Leistungserweiterung Vorsorge Kinder
 - Besondere Bedingungen Leistungserweiterung Assistance Leistungen
 - Besondere Bedingungen Pflegegeldzusatzversicherung

Grundlage für den Vertrag sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014)

Besondere Bedingungen Exclusiv Fair Play - zu den AUB 2014 Abweichungen zu den AUB 2014

A. Erweiterung des Unfallbegriffes

1. **Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)
 1. Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.
 2. Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhe, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.
2. **Tauchtypische Gesundheitsschäden und Druckkammerkosten**
 1. Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2014 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.
 2. Therapie und Druckkammerkosten nach einem Tauchschaaden sind jedoch bis maximal 10.000 EUR mitversichert.
3. **Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe** (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe sind auch dann mitversichert, wenn der Versicherte den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe durch unabwendbare Umstände mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
4. **Ertrinken und Ersticken** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
5. **Erfrieren** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.
6. **Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Sauerstoff.
7. **Sonnenbrand oder Sonnenstich** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 gelten auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches, sofern ein Invaliditätsgrad von mind. 5% nachgewiesen werden kann.
8. **Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen** (zu Ziffer 1.4 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 AUB 2014 gelten als Unfall – sofern eine Invalidität als Folge eines Unfalles besteht – auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte
 - a) Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche,
 - b) Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
 - c) Verrenkungen eines Gelenks,
 - d) Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schäden an den Bandscheiben.
9. **Herzinfarkt und Schlaganfall** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)

Als Unfallfolge gelten Herzinfarkte und Schlaganfälle, welche innerhalb einer Stunde nach dem Unfall, gemäß 1.3 AUB 2014, auftreten.
10. **Invaliditäts-Anmeldung und ärztliche Feststellung** (zu Ziffer 2.1.1.2 AUB 2014)
 1. Die Invalidität muss innerhalb von 24 Monaten eingetreten sein.
 2. Die Frist zur Geltendmachung und zur ärztlichen Feststellung einer Invalidität wird abweichend von Ziffer 2.1.1.2 AUB 2014 auf 30 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert.

B. Erweiterungen der Leistungen

11. **Gliedertaxe** (zu Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014)

Die in Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2014 festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert.

Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit:

eines Armes im Schultergelenk	75 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenks	75 %
einer Hand im Handgelenk	75 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	15 %
eines Beines bis mindestens zur Mitte des Oberschenkels	75 %
eines Beines unterhalb des Knies	60 %

eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
eines Fußes im Fußgelenk	55 %
einer großen Zehe	13 %
einer anderen Zehe	8 %
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	55 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	10 %
der Stimme	100 %

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

12. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1.2 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Summe,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

13. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1.2 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Summe
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Summe.

Die zu zahlende Invaliditätsleistung erhöht sich aus diesen Bedingungen im Einzelnen wie folgt:

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

14. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme (zu Ziffer 2.1.2 AUB 2014 und Ziffer 3 AUB 2014)

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	212	83	364
27	31	46	88	65	220	84	372
28	34	47	91	66	228	85	380
29	37	48	94	67	236	86	388
30	40	49	97	68	244	87	396
31	43	50	100	69	252	88	404
32	46	51	108	70	260	89	412
33	49	52	116	71	268	90	420
34	52	53	124	72	276	91	428
35	55	54	132	73	284	92	436
36	58	55	140	74	292	93	444
37	61	56	148	75	300	94	452
38	64	57	156	76	308	95	460
39	67	58	164	77	316	96	468
40	70	59	172	78	324	97	476
41	73	60	180	79	332	98	484
42	76	61	188	80	340	99	492
43	79	62	196	81	348	100	500
44	82	63	204	82	356		

15. Todesfalleleistungen Verschollenheit (zu Ziffer 2.6 AUB 2014)

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

Die Leistungen sind begrenzt auf eine Todesfallsumme von 30.000 EUR.

16. Todesfalleleistungen bei Tod beider Elternteile (zu Ziffer 2.6 AUB 2014)

- a. Sterben infolge desselben Unfalles beide durch diesen Vertrag versicherten Eltern und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zusteht, zahlen wir die doppelte Versicherungssumme.
- b. Die Leistungen sind begrenzt auf eine Todesfallsumme von 100.000 EUR.

17. Bergungs- und Transportkosten (zu Ziffer 2.8 AUB 2014)

1. Art der Leistungen

- a) Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- b) Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- c) Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport (auch Flugrückholung) der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- d) Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- e) Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit – sofern eine drohende Invalidität von 10% festgestellt und nachgewiesen wird.
- f) Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernehmen wir neben den Mehrkosten der Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu 300 EUR.
- g) Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und dem mitreisenden Partner der versicherten Person.
- h) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- i) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2. Höhe der Leistungen

- a) Die unter Ziffer 1 aufgeführten Kosten werden bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe gezahlt, maximal jedoch bis 30.000 EUR.
- b) Die unter Ziffer 1.c) aufgeführten Flugrückholungskosten werden bis maximal 5.000 EUR erstattet.

- c) Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- d) Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- e) Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

18. Kurkostenbeihilfe (zu Ziffer 2 AUB 2014)

1. Der Versicherer zahlt nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2014 eine Kurkostenbeihilfe bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe, maximal jedoch bis 30.000 EUR.
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - eine medizinisch notwendige Kur von mindestens 3 Wochen Dauer durchgeführt hat.
2. Die Kurkostenbeihilfe zahlen wir in gleicher Weise auch für teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen
3. Die medizinische Notwendigkeit der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
4. Maßnahmen, bei denen die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund stehen, gelten nicht als Kur.
5. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
6. Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.
7. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
8. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

19. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

1. Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2014) erforderlich sind:
 - d) behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person - maximal bis 30.000 EUR
 - e) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung - maximal bis 30.000 EUR
 - f) Prothesen und Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl) - maximal bis 10.000 EUR
 - g) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen - maximal bis 10.000 EUR
 - h) Anschaffung eines Blindenhundes - maximal bis 10.000 EUR
 - j) künstliche Organe, Organtransplantation - maximal bis 10.000 EUR
 - k) Umgestaltung des Arbeitsplatzes - maximal bis 10.000 EUR
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
4. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

20. In welchem Umfang werden Kosten für die Reparatur von Prothesen übernommen?

Falls infolge eines Unfalles im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 EUR. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher u. dgl.), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

21. Kosmetische Operationen und Zahnersatz (zu Ziffer 2.7 AUB 2014)

In Ergänzung zu Ziffer 2.7 der AUB 2014 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2. Art und Höhe der Leistungen

- 2.2 Es wird Ersatz für nachgewiesene Leistungen geleistet bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe, maximal jedoch bis 30.000 EUR.
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

- 2.5 Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
- 2.6 Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
- 2.7 Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

22. Sofortleistung bei schweren Verletzungen (zu Ziffer 2.3 AUB 2014)

Die vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistung wird bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes
- c) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- d) Erblindung auf beiden Augen
- e) Kombination von mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens
 - Wirbelkörperbruch
 - Beckenringbruch

Die Übergangsleistung ist spätestens 7 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

23. Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld (zu Ziffer 2.5 AUB 2014)

1. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt.
2. Erfolgt die Heilbehandlung an einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
3. Erfolgt aufgrund des Unfalls eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h. es muss zumindest eine ganz Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

24. Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma (auch künstliches) zahlen wir das Komageld für maximal 180 Tage, vom Unfalltag an gerechnet, in Höhe von 25 EUR für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person sich in einem Koma befindet.

25. Pflegegeld

Erreicht die versicherte Person infolge eines Unfalles die Pflegestufe I, zahlen wir ein Pflegegeld für maximal 540 Tage, vom Unfalltag an gerechnet, in Höhe von 10 EUR für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 15 Nr. 1 Sozialgesetzbuch XI ist und die Pflegebedürftigkeit durch einen medizinischen Dienst entschieden ist.

26. Vorschussleistungen (zu Ziffer 8.3 AUB 2014)

1. In Ergänzung zu Ziffer 8.3 AUB 2014 kann ein Vorschuss vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auch dann beantragt werden, wenn keine Todesfallsumme vereinbart ist.
2. Die Leistungen sind begrenzt auf 30.000 EUR je Versicherungsfall.

27. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (zu Ziffer 3 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 3 AUB 2014 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 75 % beträgt.

28. Infektionen (zu Ziffer 4.2.4 AUB 2014)

1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest),
 - b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Typhus/Paratyphus.

Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht auch für Infektionen, die bereits vor Vertragsabschluss bestanden. Dies jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet
3. Als Unfallereignis nach Nr. 1 gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z.B. allergische Reaktionen).
4. Als Unfallereignis nach Nr. 1 gelten auch Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf.

5. Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt, begrenzt auf maximal 30 Tage.
6. Der Versicherer erbringt eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 AUB 2014 und für den Todesfall gemäß Ziffer 2.6 AUB 2014, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.
- 29. Bewusstseinsstörungen** (zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014)
- In Abänderung von Ziffer 4.1.1. AUB 2014 sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder der Einnahme von Medikamenten verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 0,8 Promille liegt.
 - Ergänzend zu Ziffer 4.1.1 AUB 2014 gelten Unfälle verursacht durch Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle als mitversichert.
 - Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.
 - In Ergänzung zu Absatz 1 dieser Bestimmung bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 30. Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme** (zu Ziffer 1.3 AUB 2014)
- Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall, wobei in Bezug auf die daraus folgenden Gesundheitsschäden kein Abzug wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (zu Ziffer 3 AUB 2014) vorgenommen wird.
- 31. Fahrtveranstaltungen** (zu Ziffer 4.1.5 AUB 2014)
- In teilweiser Abänderung von Ziffer 4.1.5 AUB 2014 gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse als mitversichert, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.
- 32. Psychische Erkrankungen durch Unfall** (zu Ziffer 4.2.6 AUB 2014)
- Für die Folgen psychischer oder nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
 - Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die aufgrund Überfall, Geiselnahme oder Versterben einer versicherten Person bzw. eines Verwandten 1. Grades auftreten, übernehmen wir die Kosten für 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung.
 - Die Leistungen sind maximiert auf 30.000 EUR je Versicherungsfall.
- 33. Passives Kriegsrisiko** (zu Ziffer 4.1.3 AUB 2014)
- Versicherungsschutz besteht für Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Dieser Versicherungsschutz endet mit dem 14. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten.
 - Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle
 - innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,
 - bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufenthalt dort öffentlich gewarnt worden ist,
 - bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Krieg führenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

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

 - durch ABC Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
 - im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten wie z.B. China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.
- 34. Wehrdienst / Zivildienst / Bundesfreiwilligendienst**
- Der Versicherungsschutz erfährt während der Ableistung von Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder Bundesfreiwilligendienst sowie der Teilnahme an militärischen Reservewebungen keine Beeinträchtigung.
- 35. Strahlenschäden** (zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014)
- In Abänderung zu Ziffer 4.2.2 AUB 2014 sind Gesundheitsschäden durch
- Röntgenstrahlen
 - Laserstrahlen
 - Maserstrahlen (z.B. Mikrowelle)
- d) künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen
e) energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.
- 36. Nahrungsmittelvergiftungen** (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)
- Abweichend von Ziffer 4.2.5 AUB 2014 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen und Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert.
- 37. Geringfügig erscheinende Unfallfolgen** (zu Ziffer 6.1 AUB 2014)
- Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von Ziffer 6.1 AUB 2014 – erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- 38. Meldefrist bei Unfalltod** (zu Ziffer 6.5 AUB 2014)
- Abweichend von Ziffer 6.5 AUB 2014 beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.
- 39. Versehensklausel** (zu Ziffer 5.2 AUB 2014 und Ziffer 6 AUB 2014)
- Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte oder Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.
- 40. Versehensklausel bei Berufswechsel** (zu Ziffer 5.2 AUB 2014)
- Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte, und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Prämienberechnung bzw. –berichtigung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.
- 41. Verdienstausschlag** (zu Ziffer 6.3 AUB 2014)
- Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrags, höchstens jedoch 1.500 EUR je Unfallereignis, erstattet.
- 42. Arbeitslosigkeit** (zu Ziffer 9 AUB 2014)
- Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:
- Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind. Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als zwei Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.
 - Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Anderenfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
 - Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung länger als drei Jahre dauert.
- 43. Arbeitsunfähigkeit** (zu Ziffer 9 AUB 2014)
- Ergänzend zu Ziffer 9 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart:
- Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitsunfähig, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit bei uns eingereicht haben.
 - Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von zwei Monaten zugeht. Anderenfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.
 - Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung länger als drei Jahre dauert.
- 44. Vorsorgeversicherung bei Eheschließung / eingetragener Lebenspartnerschaft**
- Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte / der Lebenspartner für die Dauer von drei Monaten ab der Heirat beitragsfrei mit
- 100.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression)
 - 10.000 EUR für den Todesfall
- mitversichert. Der Versicherungsschutz besteht lediglich dann, wenn für den Ehegatten/ Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht.
- 45. Neufeststellung der Invalidität** (zu Ziffer 8.4. AUB 2014)
- Der Grad der Invalidität kann jährlich erneut bemessen werden. Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens
 - zwei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch uns

- b) drei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch Sie,
 - c) fünf Jahre nach dem Unfall, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
2. Das Verlangen einer Neubemessung können
- a) Sie vor Ablauf der Frist nach 45.1
 - b) Wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.4 AUB 2014 aussprechen.

46. Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)

Die Versicherungssummen steigen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Anpassung erfolgt erstmals zu Beginn des zweiten Versicherungsjahres und danach jeweils zu Beginn der folgenden Versicherungsjahre. Die Versicherungssummen für beitragsneutrale Leistungsarten bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen.

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Zu dem Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Anpassung.

Die Anpassung entfällt, wenn Sie der Anpassung innerhalb von sechs Wochen nach der Mitteilung über die Anpassung schriftlich widersprechen. Auf die Frist wird hingewiesen.

Auf Ihren Antrag kann der Vertrag wieder mit dem Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt werden.

Wenn Sie es versäumt haben, gegen die Erhöhung einer dynamischen Unfallversicherung Widerspruch einzulegen und nur den Beitrag des Vorjahres zahlen, bleibt abweichend von Ziffer 10.3.3 AUB 2014 trotz Fristablaufs der Mahnung gemäß § 38 VVG der Versicherungsschutz bestehen. Es gelten dann die Versicherungssummen, die dem bezahlten Beitrag entsprechen.

Sie und wir können die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich spätestens drei Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres zugegangen sein, damit ab dem folgenden Versicherungsjahr keine Anpassung mehr erfolgt.

47. Leistungsgarantie gegenüber den GDV Bedingungen

Die Ostangler garantiert, dass die dieser Privaten Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2014) und Besonderen Bedingungen zur Privat-Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen abweichen.

48. Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die diesem Unfallversicherungsprodukt zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

49. Beitragsanpassungsklausel

Der Tarifbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation von Versicherungssummen und dem jeweiligen Beitragssatz für die einzelne Risikoart. Der Beitragssatz errechnet sich aus Grundbeitragssatz und Zuschlägen oder Nachlässen für besondere Gefahrenverhältnisse. Der Beitragssatz wird unter Berücksichtigung von Schadenaufwand, Kosten und Gewinnsatz kalkuliert.

Bei der Neukalkulation des Beitragssatzes für bestehende Beiträge ist der Schadenbedarf einer ausreichend großen Anzahl gleichartiger Risiken, die Gegenstand dieser Versicherung sind, und die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen. Ergibt die Neukalkulation, dass eine Änderung des Beitragssatzes erforderlich ist, so wird mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres für bestehende Verträge der Tarifbeitrag um den Prozentsatz erhöht, um den der aufgrund der Neukalkulation ermittelte Schadenbedarf vom bisher kalkulierten abweicht – maximal jedoch um 20%.

Der Änderungsprozentsatz wird auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet. Obergrenze für eine Beitragserhöhung ist der Tarifbeitrag für vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft.

Erhöht sich der Beitrag aufgrund Nr. 1, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung schriftlich kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Sie können auch die Umstellung des Vertrages auf Neugeschäftstarif und –bedingungen verlangen. Beitragssenkung gelten automatisch ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Wir werden Sie in der Mitteilung zur Beitragsanpassung auf dieses gesetzliche Kündigungsrecht hinweisen. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens zwei Monate vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.

Wenn eine Bestimmung in den vorliegenden Versicherungsbedingungen (Klausel)

- durch höchstrichterliche Entscheidung oder
 - durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt
- für unwirksam erklärt worden ist, dann sind wir berechtigt, die betroffene Klausel zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen, wenn die Voraussetzung der folgenden Absätze vorliegen.

Die Anpassung kommt nur in Betracht für Klauseln über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Ihre Obliegenheiten nach Vertragsabschluss, Beitragsanpassung, Vertragsdauer und Kündigung.

Die Anpassung setzt voraus, dass die gesetzlichen Vorschriften keine konkrete Regelung zur Füllung der Lücke enthalten und dass die ersatzlose Streichung der Klausel keine angemessene, den typischen Interessen der Vertragspartner gerechte Lösung darstellt.

Die Anpassung erfolgt nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung. Das bedeutet, dass die unwirksame Klausel durch die Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessen und Ihnen typische Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn Ihnen die Unwirksamkeit der Klausel zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.

Unter den oben genannten Voraussetzungen haben wir eine Anpassungsbefugnis für im Wesentlichen inhaltsgleiche Klauseln auch dann, wenn sich die gerichtlichen oder behördlichen Entscheidungen gegen Klauseln anderer Versicherer richten.

Die angepassten Klauseln werden wir Ihnen in Textform bekannt geben und erläutern.

Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie bei der Bekanntgabe ausdrücklich hinweisen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Bei fristgemäßem Widerspruch tritt die Bedingungsanpassung nicht in Kraft.

Wir können innerhalb von sechs Wochen nach Zugang des Widerspruchs den Versicherungsvertrag mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Monats schriftlich kündigen, wenn für uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist.

Eine E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

C. Bedingungen für zusätzliche Leistungen bei Kindern

50. Rooming-in (zu Ziffer 2 AUB 2014)

1. Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2014 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für höchstens 10 Übernachtungen je Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 Euro gezahlt.
2. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.
3. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
4. Der unter Ziffer 1. angegebene Betrag nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

51. Selbstgebaute Feuerwerkskörper (zu Ziffer 4.1.2 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.1.2 AUB 2014 ist bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

52. Vergiftungen (zu Ziffer 4.2.5 AUB 2014)

Abweichend von Ziffer 4.2.5 Abs. 2 AUB 2014 besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

53. Nachhilfeunterricht (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 30 EURO pro ausgefallenen Schultag. Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus-Tagegeldleistung erstattet. Die Erstattung ist insgesamt auf 2.000 EUR begrenzt.

54. Vorsorgeversicherung für Neugeborene (zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart: Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab Vollendung der Geburt mit 50.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression) und 10.000 EUR Todesfallleistung bis zur nächsten Hauptfälligkeit beitragsfrei mitversichert.

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

55. Vorsorgeversicherung für adoptierte Kinder (zu Ziffer 9.1 AUB 2014)

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2014 gilt Folgendes als vereinbart: Ihre während der Vertragsdauer geborenen Kinder sind ab Vollendung der Geburt mit 50.000 EUR für den Invaliditätsfall (ohne Progression) und 10.000 EUR Todesfallleistung bis zur nächsten Hauptfälligkeit beitragsfrei mitversichert.

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

D. Leistungserweiterungen – soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert –

Klauseln Leistungserweiterung FAIR PLAY

– Gilt in den Bedingungen Exclusiv Fair Play automatisch mitversichert –

Leistungen bei Knochenbruch	Fraktur des Schädeldaches und der Schädelbasis Fraktur der Wirbelsäule ohne Angabe einer Rückenmarkschädigung Fraktur der Wirbelsäule mit Rückenmarkschädigung Beckenbruch Fraktur des Oberarmes (Humerus) Fraktur des Unterarmes (Radius und Ulna) Fraktur des Oberschenkels (Femur) Fraktur des Unterschenkels (Tibia, Fibula)	1.000 EUR 1.000 EUR 1.000 EUR 1.000 EUR 1.000 EUR 1.000 EUR 1.000 EUR
Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall	Wir ermöglichen Ihnen die freie Krankenhausauswahl unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die Mehrkosten , die Ihnen von Ihrer GKV nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungs Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.	10 % der Invaliditätssumme max. 10.000 EUR
Reha-Management	Ab einer Invalidität von 30 % unterstützen wir Sie zusammen mit unserem Rückversicherer, bei der Auswahl eventueller Rehabilitationsmaßnahmen.	
Leistung Wellness	Wellnesswochenende für zwei Personen Ab einer drohenden - ärztlich festgestellten - Invalidität von 30 % innerhalb von drei Jahren nach Unfallereignis	bis 1.000 EUR

** Ein Knochenbruch/ Fraktur ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Krafteinwirkung. Bei mehreren Brüchen ist die Entschädigung auf 1.000 EUR begrenzt.

Klauseln Leistungserweiterung Krebserkrankungen

– Gilt nur soweit ausdrücklich vereinbart –

Sofortleistung bei Krebserkrankungen (zu Ziffer 2 AUB 2014)

Art und Höhe der Leistung:

Die Sofortleistung wird in Höhe von 10% der Invaliditätsgrundsumme, maximal 15.000 EUR, fällig, wenn die versicherte Person an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:

- Brustkrebs
- Hodenkrebs
- Bösartiger Gehirntumor
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs

Die Sofortleistung bei schweren Krebserkrankungen kann nicht ausgezahlt werden, wenn eine der genannten Krebserkrankungen innerhalb von 12 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wird oder bei Antragsstellung bereits bestanden hat.

Ein Attest über die Feststellung der Erkrankung mit Angabe der Diagnose ist uns vorzulegen.

Sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Sofortleistung bei schweren Krebserkrankungen geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistungen.

Definition mitversicherter Krebserkrankungen

Erkrankung, die sich durch Vorliegen eines oder mehrerer Tumoren manifestiert, die durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig (maligne) klassifiziert wurden und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch eine Infiltration in normales Gewebe charakterisiert werden. Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein. Ausgeschlossen sind folgende Formen des Krebses bzw. dessen Vorstufen:

- alle Tumore, die histologisch als prä-maligne beschrieben werden oder eine frühe maligne Veränderung zeigen
- alle CIN-Stadien (cervikale intraepitheliale Neoplasie)
- alle Carcinomata in situ
- Basalzell- und Spindelzellkarzinome
- Jegliche Tumore in Gegenwart einer HIV Infektion

Kosmetische Operation infolge Brustkrebs

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüsen unterziehen. Die krebisbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlung beim Kosmetiker.

Die Leistungen sind auf insgesamt 5.000 EUR für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind, begrenzt. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis max. 10% der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt.

Die vorstehenden Leistungen werden nur dann erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistungspflicht verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Fälle, bei denen die Brustkrebserkrankung in den ersten 12 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird
- Tumore, die histologisch als Krebsvorstufen beschrieben werden

Klausel Leistungserweiterung Krankheit- & Reha-Management - Reha Assist -

• Gilt nur soweit ausdrücklich vereinbart

- Rehabilitationserstgespräch
 - Voraussetzung für die Leistung
 - besondere Leistungen
 - bei Tod des Versicherungsnehmers
 - betriebliches Eingliederungsmanagement BEM (§ 84 Abs. 2, SGB IX)
 - Umfang der Leistung
 - persönliche Betreuung und medizinische Erstberatung
 - Rehabilitationsmanagement
 - Voraussetzung für die Leistung
 - Art und Höhe der Leistung
 - Beginn und Dauer der Leistung
 - Obliegenheiten
 - Umfang der Leistung
 - persönliche Beratung
 - medizinische Reha-Beratung
 - Hilfsmittelversorgung
 - Mobilitätssicherung
 - Wohnungsberatung
 - berufliche Reha-Beratung
 - Pflegeberatung

Ergänzend zu Ziffer 2 der allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) leisten wir wie folgt:

- Rehabilitationserstgespräch
 - Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten, der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent führt. Dieser wird durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt. Anspruch auf ein Beratungsgespräch besteht ebenfalls, wenn eine Erkrankung oder ein Unfall zu einer Arbeitsunfähigkeit von 6 Wochen oder mehr führt.

Die Höhe des Invaliditätsgrades ist nach Ziffer 2.1.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2 AUB 2014 ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

- besondere Leistungen
 - bei Tod des Versicherungsnehmers

Beratung der Hinterbliebenen

Im Todesfall der versicherten Person beraten wir die Angehörigen bei Behördengängen. Wir erstellen einen „Fahrplan“, der alle zu erledigenden Dinge aufführt.

weiterführende Maßnahmen:

- Begleitung bei Traumafehlverarbeitung
 - Sicherung der schulischen und beruflichen Ausbildung
 - Sicherung des Arbeitsplatzes
 - Suche nach einem neuen Arbeitsplatz
 - Unterstützung bei Rückkehr in das Erwerbsleben
 - Neuorganisation von Kinder- oder Pflegebetreuung von weiteren im Haushalt lebenden Angehörigen
- Alle unsere Maßnahmen erfolgen dabei unter Wahrung des Datenschutzes; Schweigepflicht- und Datenschutzentbindungserklärungen werden von uns eingeholt.

- Eine Beratung nach 1.2.1 kann auch erfolgen, wenn der Versicherte innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen nach einem Unfall oder einer Erkrankung ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist (§ 84 Abs. 2, SGB IX).

- Umfang der Leistung

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, Österreich oder der Schweiz erbracht.

1.4 persönliche Betreuung und medizinische Erstberatung

Nach den in 1.1 und 1.3 benannten Voraussetzungen werden wir mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch werden wir – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Mediziner beziehungsweise Therapeuten und/ oder Arbeitgeber – entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person erstellen. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird insbesondere geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der Vorschriften der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung besteht.

Die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung im Sinne des SGB VII werden nicht übernommen.

Es erfolgt jedoch eine Absprache und Empfehlung welche Maßnahmen der gesetzliche Unfallversicherungsträger übernehmen kann.

Nach Abschluss einer stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Mediziner beziehungsweise Therapeuten.

Wir bieten ferner eine Unterstützung bei den Anträgen an Sozialversicherungsträger (zum Beispiel die zuständige Krankenversicherung) und an die Pflegekasse beziehungsweise den gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherungsträger an. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit entstehen, unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die Pflegeversicherung.

2. Rehabilitationsmanagement

2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten der zu einem voraussichtlich zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent führt; dieser wird durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner festgestellt.

Die Höhe des Invaliditätsgrades ist nach Ziffer 2.1.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2 der AUB 2014 ermittelt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Sie haben Anspruch auf die Leistung nach Ziffer 2.5. Die darin genannten Kosten übernehmen wir bis zur vereinbarten Versicherungssumme (4.500 EUR), soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere einem Sozial- oder Sozialversicherungsträger oder einem anderen Leistungsträger aus der privaten Versicherungswirtschaft übernommen wird. Die Verteilung des Gesamtbeitrages auf die einzelnen Leistungen erfolgt entsprechend der Empfehlung unseres Beraters.

2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die vereinbarten Leistungen nach Ziffer 2.5 werden längstens für die Dauer von 3 Jahren nach dem Unfall erbracht. Sie enden aber vorzeitig, wenn der voraussichtlich zu erwartende Invaliditätsgrad unter 25 Prozent gesunken ist. Eine Rückerstattung der gezahlten Leistung ist nicht erforderlich.

2.4 Obliegenheiten

In Ergänzung zu Ziffer 7 AUB 2014 sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistung nach Ziffer 2.5 notwendig werden, uns oder den von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

2.5 Umfang der Leistung

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden durch uns oder durch einen von uns beauftragten Vertragspartner innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz erbracht.

2.5.1 persönliche Beratung

Nach dem Unfall werden wir mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für einen Besuch vereinbaren. Bei diesem Erstbesuch werden wir entsprechend der individuellen Bedürfnisse ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person beziehungsweise deren Wiedereingliederung erstellen. Im Rahmen des persönlichen Besuches, den wir zu Hause, im Krankenhaus oder in der Reha- oder Pflegeeinrichtung durchführen, wird mit der verletzten, versicherten Person – unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Mediziner beziehungsweise Therapeuten – die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten und unter Einbindung der Mediziner die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung vermittelt.

Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Mediziner und Therapeuten. Wir bieten ferner eine Unterstützung bei Anträgen an die gesetzlichen Sozialversicherungsträger an.

2.5.2 medizinische Reha-Beratung

Nach dem Unfall oder dem Eintritt der Voraussetzungen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nehmen wir Kontakt zu den behandelnden Mediziner und weiteren in der Heilbehandlung eingebundenen Personen auf um die medizinische Situation der versicherten Person klären zu können. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherungsträger besteht. Die Kosten einer notwendigen besonderen Heilbehandlung im Sinne der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen wir, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.3 Hilfsmittelversorgung

Wir klären den Bedarf an Hilfsmitteln und entwickeln mit der versicherten Person, den Mediziner und Therapeuten ein Versorgungskonzept, welches mit den zuständigen Kostenträgern abgestimmt wird. Die Kostenübernahme vereinbart. Die notwendigen Hilfsmittel sollen bei Entlassung in den häuslichen Bereich zur Verfügung stehen.

Liegt wegen der Folgen des Unfalls die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln vor, übernehmen wir die dadurch entstehenden Kosten, soweit kein Anspruch gegen ein anderen Leistungsträger besteht.

2.5.4 Mobilitätssicherung

Zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität beraten wir bei Bedarf über Umbaumaßnahmen eines Kraftfahrzeuges der versicherten Person. Ist die versicherte Person in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Kraftfahrzeuges angewiesen übernehmen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters einmalig die Kosten für die behindertengerechte Gestaltung des eigenen Kraftfahrzeuges soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht. Diese vorgenannten Kosten erstatten wir ihnen auch, wenn sie sich alternativ ein vergleichbares behindertengerechtes Ersatzfahrzeug anschaffen.

Ist die versicherte Person in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens zwar nicht dauerhaft auf die Benutzung eines behindertengerechten Kraftfahrzeuges angewiesen, ist sie aber in Folge der Art und Schwere des unfallbedingten Gesundheitsschadens vorübergehend auf ein behindertengerechtes Kraftfahrzeug angewiesen oder zumindest nicht in der Lage das eigene Kraftfahrzeug zu nutzen, stellen wir entsprechend der Empfehlung unseres Beraters eine geeignete Alternative zur Verfügung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.5 Wohnungsberatung

Ist in Folge des Unfalls eine dauerhafte Nutzung des bisherigen Wohnraumes beziehungsweise Eigentums nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten so beraten wir bei der Umgestaltung des Wohnraums beziehungsweise des Eigentums oder unterstützen bei der Suche eines behindertengerechten Objektes. In diesen Fällen übernehmen wir auch die Kosten zur behindertengerechten, barrierefreien Gestaltung des Wohnumfeldes, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.6 berufliche Reha-Beratung

Wir beraten und unterstützen die versicherte Person bei der Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten.

Wir unterstützen die versicherte Person bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.

Wir bieten der versicherten Person unsere aktive Unterstützung bei der Suche nach einer anderen Tätigkeit im Unternehmen.

Wir begleiten die versicherte Person kontinuierlich während der Einarbeitungs- und Neuorientierungsphase.

Wir übernehmen die Kosten für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung soweit kein Anspruch gegen einen anderen Leistungsträger besteht.

2.5.7 Pflegeberatung

Bereits im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen werden wir mit der verletzten versicherten Person, den Mediziner, den Therapeuten und Angehörigen die optimale Pflege zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abstimmen. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen.

Wir unterstützen die versicherte Person bei der Auswahl des Pflegedienstes oder der Pflegepersonen. Sollte als Unfallfolge eine Pflegebedürftigkeit bestehen unterstützen wir die versicherte Person bei der Antragstellung für die gesetzliche oder private Pflegeversicherung.

Besondere Versicherungsbedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern als Zusatzversicherung zur Unfallversicherung – BBUSK –
– Gilt nur soweit ausdrücklich vereinbart –

1. Eingangsbestimmungen

1.1 Grundlage für diese Zusatzversicherung sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (weiter nur „AUB 2014“), die Besonderen Bedingungen Fair Play sowie die nachfolgenden Besonderen Versicherungsbedingungen für die Versicherung von kritischen Erkrankungen von Kindern als Zusatzversicherung zur Unfallversicherung (weiter nur „BBUSK“).

2. Umfang der Versicherung

- 2.1. Die Versicherung kann nicht vor dem vollendeten 6. Lebensmonat der versicherten Person abgeschlossen werden.
- 2.2. Die Versicherung kann bis zum vollendeten 17. Lebensjahr der versicherten Person abgeschlossen werden.
- 2.3. Die Versicherung endet automatisch mit vollendetem 18. Lebensjahr der versicherten Person.
- 2.4. Die Versicherungssumme beträgt 10.000 EUR, 20.000 EUR oder 30.000 EUR je nach Vereinbarung (höchstens jedoch 100% der Invaliditäts-Versicherungsgrundsumme der zugrundeliegenden Unfallversicherung).
- 2.5. Wir bieten Versicherungsschutz für die während der Wirksamkeit des Vertrages eintretenden kritischen Erkrankungen. Diese sind in Artikel 7 („BBUSK“) definiert. Wir leisten nicht in den in Ziffer 3 – BVB beschriebenen Fällen.

3. Versicherungsfall

- 3.1. Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Vorliegen einer unter Ziffer 7 BBUSK definierten Erkrankung, deren Diagnose die versicherte Person 14 Tage überlebt.
- 3.2. Nach erfolgtem, unter Ziffer 7 BBUSK genannten medizinischen Eingriff wird die vereinbarte Versicherungssumme fällig, wenn die versicherte Person diesen Eingriff 14 Tage überlebt.

4. Versicherungsausschlüsse

- 4.1. Kein Anspruch auf Leistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose der Erkrankung verstirbt oder innerhalb von 14 Tagen nach dem medizinischen Eingriff verstirbt.
- 4.2. Ebenfalls kein Anspruch auf Leistung besteht für die auf dem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse.

5. Erlöschen der Versicherung

- 5.1. Diese Zusatzversicherung erlischt, sobald eine Leistung nach Ziffer 7 BBUSK erfolgt ist, zum Zeitpunkt der endgültigen Diagnose bzw. dem Tag nach erfolgtem medizinischem Eingriff.
- 5.2. Die Zusatzversicherung erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das Alter von 18 Jahren erreicht hat oder durch den Tod der versicherten Person.
- 5.3. Die Zusatzversicherung endet bei Beendigung der Hauptversicherung.

6. Allgemeine Hinweise

- 6.1 Die in den folgenden Definitionen genannten Ärzte bzw. Fachärzte sind qualifizierte Ärzte im Sinne der Versicherungsbedingungen. Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (ggf. auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen. Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigefügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

7. Versicherte kritische Krankheiten und medizinische Eingriffe

7.1. Krebs

Krebs ist ein bösartiger Tumor, der sich durch unkontrolliertes Wachstum, die Vermehrung von Tumorzellen und die Einwanderung in umliegendes gesundes Gewebe und dessen Zerstörung und / oder Metastasenbildung auszeichnet. Hierzu zählen auch Leukämien (mit Ausnahme einiger spezieller Formen - siehe „Ausschlüsse“), bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome) und Morbus Hodgkin. Maligne Melanome sind, sofern sie größer oder gleich pT2 (internationale TNM Klassifikation) bzw. Clark Level III bzw. Breslow > 0,75mm sind, im Versicherungsumfang enthalten.

Anmerkung: Als Tag der Diagnosestellung gilt der Tag des Erhalts der gesicherten Diagnose der histopathologischen Untersuchung.

7.1.1 Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind:

- Benigne oder präkanzeröse Tumore
- Benigne gutartige Tumore und präkanzeröse Tumore = Vorstadium eines bösartigen Tumores kann bösartig werden
- Nicht-invasive Tumore und Tumore in situ (Tis*)

- Nicht-invasiv = nicht in die Umgebung eindringlich in situ bedeutet örtlich begrenzt auch nicht streuend
 - Zervixdysplasie CIN I-III
 - Vorstufe des Gebärmutterhalskrebs 1. Stufe
 - Harnblasenkarzinom Stadium Ta*
 - Ta bedeutet nicht invasiv, also nicht eindringend in die Umgebung
 - Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)
 - Diese Erkrankung wird trotz ihres Namens heute allerdings nicht mehr zu Leukämien gezählt sondern zu den Lymphomen (non-hodgkin-lymphom)
 - Alle Hauttumore, die in der Definition nicht ausdrücklich eingeschlossen sind
 - Alle Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS Erkrankung
 - Prostatakarzinom Stadium T1*
Unter 2 cm Grösse
- * Entsprechend der internationalen TNM Klassifikation

7.2. Chronisches Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, das eine regelmäßige Blutwäsche (Dialysebehandlung) oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Nephrologie bestätigt werden.

7.3. Multiple Sklerose

Diagnose einer multiplen Sklerose durch einen Facharzt für Neurologie, wobei mindestens mäßiggradige dauerhafte neurologische Störungen und assoziierte Störungen vorliegen. Es müssen typische Symptome der Demyelinisierung und eine Behinderung der motorischen und sensorischen Funktion vorliegen. Die Diagnose muss durch geeignete bildgebende Verfahren gesichert sein. Die ärztlich dokumentierten neurologischen Ausfälle müssen während einer Periode von mindestens 6 Monaten angedauert haben oder es müssen mindestens zwei weitere Schübe fachärztlich dokumentiert sein.

7.4. Organtransplantation

Durchführung einer Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Knochenmark oder Bauchspeicheldrüse, wobei der Versicherte der Empfänger ist. Geleistet wird auch, wenn der Versicherte in eine offizielle Warteliste für den Erhalt eines solchen Transplantats aufgenommen wird.

7.4.1 Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind:

- Transplantation aufgrund der Teilnahme des Versicherten als Spender in einem Lebendspende-Programm (Niere, Leber, Knochenmark usw.)
- Die selektive Transplantation von Langerhansschen Zellen der Bauchspeicheldrüse

8. Aus der Versicherung ausgeschlossene Personen

- 8.1. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, bei denen bereits vor Vertragsbeginn eine Erkrankung nach Ziffer 7.1.1 und 7.4.1 BBUSK festgestellt wurde, die bereits wegen einer solchen ärztlich behandelt wurde oder ein unter Artikel 7 BBUSK medizinischer Eingriff angeraten, geplant etc. war.
- 8.2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald festgestellt wird, dass die versicherte Person nach Ziffer 8.1 BBUSK nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Zusatzversicherung.
- 8.3. Beruht unsere Unkenntnis über die Versicherungsunfähigkeit auf einer schuldhaften Obliegenheitsverletzung von Ihnen, verfallen die bereits gezahlten Versicherungsbeiträge. Trifft Sie jedoch an der Obliegenheitsverletzung kein Verschulden, oder haben Sie die Obliegenheitsverletzung nur fahrlässig begangen, erhalten Sie die Versicherungsbeiträge rückwirkend ab Vertragsbeginn zurück.

9. Wartezeit

- 9.1. Es wird keine Wartezeit vereinbart.

10. Pflichten des Versicherten, wenn ein Leistungsfall eintritt

- 10.1. Die Diagnose muss durch den für die entsprechende kritische Erkrankung zuständigen Facharzt und ggf. den Operationsbericht nachgewiesen werden.
- 10.2. Sie müssen Ihren Anspruch auf Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme für kritische Erkrankungen innerhalb von 12 Monaten nach erstmaliger ärztlicher Feststellung schriftlich und in deutscher Sprache bei uns geltend machen. Ihrem Antrag muss ein von dem entsprechenden Facharzt aus der EU ausgestellter Bericht über den Eintritt der Erkrankung beigefügt sein.
- 10.3. Erhobene Befunde und sonstige Nachweise sind uns im Original zu überlassen.

11. Bezugsberechtigte Person

- 11.1. Die bezugsberechtigte Person ist der Versicherungsnehmer der zugrunde liegenden Unfallversicherung.

12. Beitragskalkulation

- 12.1. Eine mehrjährige Beitragsgarantie wird nicht angeboten. Die Beiträge werden zusammen mit der zugrunde liegenden Unfallversicherung erhoben. Dieser Tarif ist nicht überschussberechtigt.

Besondere Bedingungen für die Zusatzleistungen im Rahmen der Unfallassistance – BBUAS –
– Gilt nur soweit ausdrücklich vereinbart –

A. Eingangsbestimmungen

1. Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden zu den angegebenen Richt- bzw. Festpreisen zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer vom Auftragnehmer für maximal 6 Monate (je nach Leistung) vermittelt und erstattet bei stationärer Behandlung ab der Entlassung aus der vollstationären Behandlung, ansonsten ab dem Unfallzeitpunkt. Die nachfolgend aufgeführten Leistungen können nur im Rahmen des Hauptvertrages (der Unfallversicherung) geltend gemacht werden.
2. Wir bieten Versicherungsschutz bei einer Hilfebedürftigkeit der versicherten Person. Eine Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Unfalls körperlich oder geistig nicht in der Lage ist, die Tätigkeiten (gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens), die wir im Rahmen der versicherten Leistungen erbringen, in einem erforderlichen Umfang selbstständig zu verrichten.
3. Die versicherte Person erhält aus den versicherten Leistungen diejenigen, die ihrem individuellen Bedarf sowie Art und Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit entsprechen. Dabei wird berücksichtigt: Ob und inwieweit aus vorangegangenen Leistungsfällen bereits dauerhafte Hilfsbedürftigkeit besteht und ob und inwieweit der Bedarf an Hilfsleistungen durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld der versicherten Person oder durch bereits vorher regelmäßig erbrachte Dienstleistungen Dritter abgedeckt ist.
4. Die versicherte Person ist verpflichtet, uns ihre Hilfsbedürftigkeit nach einem Unfall innerhalb von 6 Wochen mit ärztlichen Unterlagen nachzuweisen. Ergibt unsere vorläufige Prüfung auf Grundlage der Informationen, dass eine Hilfsbedürftigkeit vorliegt, erhält die versicherte Person Leistungen zunächst für den Zeitraum von maximal einer Woche. Wird die Hilfebedürftigkeit durch ärztliche Unterlagen nachgewiesen, setzen wir bei entsprechendem Bedarf unsere Leistungen über diesen Zeitraum hinaus fort. Die Leistungen beginnen frühestens, wenn der Versicherungsnehmer die Hilfsbedürftigkeit geltend gemacht hat. Eine rückwirkende Geltendmachung von Hilfeleistungen ist nicht möglich.

B. Versicherte Leistungen

1. Erstgespräch

Nach Beauftragung führt der Auftragnehmer mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit.

2. Hausnotrufdienst

1. Der versicherten Person wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (entsprechender Strom- und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind.
2. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.
3. Richtpreise: EUR 35 bis EUR 50 je Monat zzgl. Aufstellung

3. Mahlzeitendienst

1. Diese Leistung umfasst die Anlieferung von sieben Hauptmahlzeiten an die versicherte Person nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden täglich warm bei Bedarf für bis zu 6 Monate angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.
2. Richtpreise: EUR 6 bis EUR 8 je Mahlzeit

4. Wohnungsreinigung

1. Einmal in der Woche wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate der übliche Lebensbereich der Wohnung (z.B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt.
2. Richtpreise: EUR 20 bis EUR 30 je Stunde zzgl. Anfahrt

5. Besorgungen und Einkäufe

1. Bis zu einmal in der Woche werden bei Bedarf für bis zu 6 Monate für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen.
2. Richtpreise: EUR 20 bis EUR 30 je Stunde zzgl. Anfahrt

6. Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

1. Einmal wöchentlich werden bei Bedarf für bis zu 6 Monate Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen waschen und trocknen, bügeln, ausbessern, sortieren und einräumen sowie die Schuhpflege.
2. Richtpreise: EUR 20 bis EUR 30 je Stunde zzgl. Anfahrt

7. Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

1. Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 4 Wochen die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen beglei-

tet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

2. Richtpreise: EUR 20 bis EUR 30 je Stunde

8. Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden

1. Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate die versicherte Person zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.
2. Richtpreise: EUR 1 bis EUR 2,50 je Kilometer

9. Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien

1. Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate die versicherte Person zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.
2. Richtpreise: EUR 1 bis EUR 2,50 je Kilometer

10. Pflegeschulung für Angehörige

1. Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.
2. Richtpreise: EUR 75 bis EUR 100 je Teilnehmer und Kurs

11. Grundpflege

1. Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu 4 Wochen eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.
2. Richtpreise: EUR 25 bis EUR 40 je Stunde zzgl. Anfahrt

12. 24-Stunden-Pflegenotruf

1. Gleichzeitig kann mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischiekt.
2. Richtpreis: EUR 40 je Stunde zzgl. Anfahrt

13. Pflegeberatung

1. Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs statt zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze, zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten.
2. Richtpreise: EUR 25 bis EUR 40 je Stunde zzgl. Anfahrt

14. Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

1. Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt.
2. Festpreis: EUR 40 ohne Anfahrt

15. Tag- und Nachtwache

1. Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.
2. Richtpreise: EUR 25 bis EUR 40 je Stunde zzgl. Anfahrt

16. Vermittlung einer Tierbetreuung

1. Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z.B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel usw.) wird eine Tierbetreuung vermittelt.
2. Festpreis: 40 EUR

17. Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen

1. Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt.
2. Festpreis: 40 EUR

18. Vermittlung des Umbaus der Wohnung

1. Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt.
2. Festpreis: 40 EUR

19. Beitragskalkulation

Eine mehrjährige Beitragsgarantie wird nicht angeboten. Die Beiträge werden zusammen mit der zugrunde liegenden Unfallversicherung erhoben. Dieser Tarif ist nicht überschussberechtigt.

Besondere Bedingungen für die Pflegetagegeldzusatzversicherung zur Unfallversicherung
– Gilt nur soweit ausdrücklich vereinbart –

§ 1 Welchen Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich hat der Versicherungsschutz?

1. Wir leisten im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang eine Beitragsbefreiung von der Pflegetagegeldzusatzversicherung und ein Pflegegeld.
2. Der Versicherungsfall tritt ein, wenn die versicherte Person pflegebedürftig ist und deswegen täglich gepflegt wird. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
3. Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
4. Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
5. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
6. Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
7. Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
8. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst und der deswegen durchgeführten täglichen Pflege. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht und/oder keine tägliche Pflege mehr erfolgt.
9. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
10. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
11. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.
12. Sie können die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem Sie die Versicherung hätten kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Ri-

sikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3 Welche Wartezeit besteht?

1. Die Wartezeit wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.
2. Die Wartezeit beträgt drei Monate.
3. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Tritt der Versicherungsfall während der Dauer dieser Zusatzversicherung ein, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen ab dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt, frühestens ab ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit, das Pflegegeld wird lebenslang gezahlt:
 - a) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Pflegetagegeldzusatzversicherung und
 - b) die Zahlung eines Pflegegeldes. Die Höhe des Pflegegeldes bestimmt sich nach der gewählten Tarifvariante (Variante 1, 2 oder 3) und der Pflegestufe gemäß § 1 Abs. 6:

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Variante 1	5 EUR	10 EUR	20 EUR
Variante 2	10 EUR	20 EUR	40 EUR
Variante 3	20 EUR	40 EUR	80 EUR

Wenn sich die Zuordnung der Pflegestufe ändert (zwischen der Stufe I, II und III nach Maßgabe des § 1 Abs. 6), ändert sich entsprechend die Höhe des Pflegegeldes nach der vorstehenden Bestimmung. Das Pflegegeld wird in der jeweiligen Höhe nur für die Kalendertage gezahlt, an denen eine Zuordnung zu einer Pflegestufe nach Maßgabe des § 1 Abs. 6 vorliegt und deswegen die versicherte Person täglich gepflegt wird.

2. Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch die Bescheinigung des medizinischen Dienstes nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von drei Monaten haben Sie zu tragen. Kosten häufiger verlängerter Nachweise gehen zu unseren Lasten. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.
3. Die tägliche Pflege der versicherten Person ist durch eine schriftliche Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, unter Angabe der Art und des Umfangs der Pflege nachzuweisen. Diese Bescheinigung darf sich maximal auf einen Zeitraum von bis zu drei Monaten beziehen. Etwaige Kosten dieser Bescheinigung sind von Ihnen zu tragen. Dauert die Pflege länger an, ist jeweils eine erneute schriftliche Bescheinigung vorzulegen; Satz 1 gilt sinngemäß.
4. Jegliche Leistung aus Überschussbeteiligungen ist ausgeschlossen.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Keine Leistungspflicht besteht,
 - a) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz, dem Versuch einer Straftat oder Sucht beruhen,
 - b) für Versicherungsfälle, die durch Kriegs- oder Bürgerkriegereignisse oder innere Unruhen verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind,
 - c) für Versicherungsfälle, die durch Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt und den dazugehörigen Übungsfahrten verursacht sind,
 - d) für Versicherungsfälle, die durch energiereiche Strahlen mit einer

Härte von mindestens 100 Elektronenvolt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen oder durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen verursacht sind, es sei denn die versicherte Person ist als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt oder wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt ist,

- e) für Versicherungsfälle, die durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzungen oder versuchte Selbsttötung verursacht worden ist. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten,
 - f) für Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen und chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden, verursacht sind.
2. Nicht versicherbar, und trotz Beitragszahlung nicht versichert, sind Personen, die im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits pflegebedürftig sind oder Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus ihrer Krankenversicherung beantragt oder in Anspruch genommen haben und Personen mit einer anerkannten Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Schwerbehinderung von mehr als 30 %. Der für die nicht versicherbaren Personen seit Vertragsabschluss entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.
 3. Nicht versicherbar sind weiterhin Personen, bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung folgende Erkrankungen diagnostiziert worden sind:
 - Demenz,
 - Alzheimer,
 - Krankhafte Hirnleistungsstörungen,
 - Apallisches Syndrom (Wachkoma),
 - Parkinson,
 - Chorea Huntington,
 - Multiple Sklerose,
 - Schlaganfall,
 - Osteoporose,
 - Querschnittslähmung,
 - Creutzfeldt Jakob Krankheit,
 - HIV-Infektion,
 - Amyotrophe Lateralsklerose (ALS-Neuromuskuläre Erkrankung),
 - Hirntumor,
 - Krebserkrankungen,
 - Diabetes Mellitus,
 - Leberzirrhose,
 - Morbus Bechterew,
 - Kinderlähmung,
 - Herzinfarkt,
 - Nierenversagen,
 - Organtransplantation.
 4. Nicht versicherbar sind Personen unter 20 Jahren oder über 60 Jahren bei Antragstellung.
 5. Soweit eine Versicherbarkeit nach den Abs. 2 - 4 nicht gegeben ist, besteht auch kein Anspruch auf eine Leistung.

§ 6 Unter welchen Voraussetzungen werden Versicherungsleistungen ausbezahlt?

- 1 Sie erhalten die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. Wird uns der Versicherungsfall später als 3 Monate nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit angezeigt, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen jedoch frühestens mit Beginn des Monats, in dem uns der Versicherungsfall mitgeteilt wird. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.
2. Wird eine Erhöhung des Pflegegeldes wegen einer höheren Pflegestufe verlangt, gilt § 6 Abs. 1 sinngemäß.
3. Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden unser Eigentum. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 VVG.
5. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für unsere Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie die Leistung verlangen.
6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Was gilt für die Beitragszahlung?

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern Sie nicht fristgemäß gekündigt haben, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
4. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
5. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
6. Wird das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung unsererseits wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
7. Die Beiträge sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Wie wird der Beitrag berechnet?

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Was gilt für die Beitragsanpassung?

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
2. Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.
3. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

4. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der Ihrer Benachrichtigung folgt.

§ 9 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

1. Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Frist von 3 Monaten durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 3) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich anzuzeigen.
2. Werden Leistungen verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten der Anspruchs erhebenden Person folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit.
 - b) Die Einschätzung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (z. B. MDK, Medicproof) zum Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit.
3. Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V.
4. Sie und die versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem von uns Beauftragten zu erteilen.
5. Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere notwendige Nachweise sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
6. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.
7. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden. Wird für die versicherte Person innerhalb der ersten 12 Monate nach Vertragsschluss ein Leistungsfall geltend gemacht, ist uns nachzuweisen, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses nicht bereits pflegebedürftig war oder die drohende Pflegebedürftigkeit zu diesem Zeitpunkt nicht bereits ärztlich diagnostiziert und bekannt war.

§ 10 Welche Folgen haben Obliegenheitsverletzungen?

1. Wir sind mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 8 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 S. 1 wird die vereinbarte Beitragsbefreiung für die Pflegegeldzusatzversicherung und ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht.
2. Wird die in § 9 Abs. 7 genannte Obliegenheit verletzt, so können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten 10 Versicherungsjahre ausgeübt werden.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

§ 11 Welche Obliegenheiten sind bei Ansprüchen gegen Dritte zu beachten und welche Folgen haben etwaige Obliegenheitsverletzungen?

1. Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an uns schriftlich abzutreten.
2. Sie oder die versicherte Person haben Ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, Ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Was gilt zur Aufrechnung?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen

eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Pflegegeldzusatzversicherung kündigen?

1. Sie können das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, können Sie das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
4. Erhöhen wir die Beiträge oder vermindern wir unsere Leistungen, so können Sie das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
5. Sie können, sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
6. Kündigen Sie das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn diese zugleich eine von uns als Hauptversicherung zur Pflegegeldzusatzversicherung angebotene Unfallversicherung abschließen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Pflegegeldversicherung kündigen?

1. Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
4. Kündigen wir das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 S. 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Welche sonstigen Beendigungsgründe gibt es?

1. Das Pflegegeldzusatzversicherung endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, die Pflegegeldzusatzversicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn diese zugleich eine von uns als Hauptversicherung zur Pflegegeldzusatzversicherung angebotene Unfallversicherung abschließen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.
2. Die Pflegegeldzusatzversicherung endet beim Tod einer versicherten Person oder spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person, sofern bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres kein Versicherungsfall eingetreten ist.
3. Das Pflegegeldzusatzversicherungsverhältnis einer versicherten Person endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Wir können im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

§ 16 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann nach Ablauf oder Kündigung der Hauptversicherung nicht ohne diese fortgesetzt werden. Dies gilt nur dann nicht, wenn wir die Hauptversicherung kündigen, ohne dass ein Kündigungsgrund für die Pflegegeldzusatzversicherung vorliegt.
2. Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen, einen Rückkaufwert aus der Zusatzversicherung können Sie nicht erhalten. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

3. Die Zusatzversicherung kann nicht in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt werden.
4. Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung der Hauptversicherung eingetretener Pflegebedürftigkeit beruhen, werden durch Kündigung der Hauptversicherung nicht berührt.

§ 17 Was gilt für Willenserklärungen und Anzeigen?

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber uns bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 18 Welcher Gerichtsstand ist maßgeblich?

1. Für Klagen aus dem Pfl egetagegeldzusatzversicherungsverhältnis gegen uns ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Klagen gegen uns können bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes oder bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig gemacht werden.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz zuständig.

§ 19 Wann können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung Ihrer Belange erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungserklärung enthalten.

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Versicherungsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigt). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme.

Solche Hinweissysteme gibt es z.B. beim Verband der Schadenversicherer (Zusammenschluss der bisherigen Verbände: Verband der Haftpflichtversicherer, Unfallversicherer, Autoversicherer und Rechtsschutzversicherer – HUK-Verband – Verband der Sachversicherer, Deutscher Transport-Versicherungs-Verband). Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

Registrierungen von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht. Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Sachversicherer

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind. Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Mitbrauchs.

Transportversicherer

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung. Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer gemäß (nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung) zur Risikoprüfung und um Missbrauchshandlungen aufzudecken.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Versicherungsgruppe

Zum Schutz der Versicherten werden einzelne Branchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) durch juristisch selbständige Gesellschaften betrieben. Um dem Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Gesellschaften häufig in Versicherungsgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Versicherungsverträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind z.B. Name, Adresse, Kontonummer, Bankleitzahl, Versicherungsnummern bestehender Verträge von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Gesellschaften verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Gesellschaft.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten (sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners) werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften (sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.).

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen (sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages). Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Satzung

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Name, Sitz und Geschäftsgebiet

1. Der im Jahre 1788 gegründete Verein führt den Namen OSTANGLER BRANDGILDE, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG). Die Gesellschaft hat ihren Sitz in Kappeln.
2. Das Geschäftsgebiet umfasst die Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft und die anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

§ 2 Zweck

1. Der Verein betreibt die Versicherungssparten: Unfall-, Feuer- und andere Sachschäden, Allgemeine- und Bootshaftpflicht, verschiedene finanzielle Verluste, nicht substitutive Krankenversicherung.
2. In den von ihr nicht betriebenen Versicherungszweigen kann die Gesellschaft den Abschluss von Versicherungsverträgen vermitteln.
3. Der Verein kann Nichtmitglieder gegen feste Entgelte versichern und in den von ihr betriebenen Versicherungszweigen Rückversicherung gewähren. Der Umfang dieser Versicherungen darf jeweils 15 % der Bruttobeitrageinnahmen nicht übersteigen.

§ 3 Geschäftsjahr und Bekanntmachungen

1. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
2. Bekanntmachungen erfolgen im Bundesanzeiger. Zusätzlich ist eine schriftliche Bekanntgabe an die Mitgliedervertreter erforderlich.

II. Mitgliedschaft

§ 4 Mitgliedschaft

1. Die Mitgliedschaft beginnt mit Abschluss eines Versicherungsvertrages und endet mit dessen Ablauf.
2. Ausgeschiedene Mitglieder haben keinen Anspruch auf das Gesellschaftsvermögen.

III. Organe

§ 5 Organe der Gesellschaft sind:

1. Mitgliedervertretung
2. Aufsichtsrat
3. Vorstand

§ 6 Mitgliedervertretung

1. Die Mitgliedervertretung ist das oberste Organ des Vereins. Sie vertritt die Gesamtheit der Vereinsmitglieder.
2. Die Mitgliedervertretung besteht aus 29 von ihr selbst auf 6 Jahre gewählten ehrenamtlichen Mitgliedervertretern. Wählbar sind alle Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mindestens ein Jahr lang dem Verein angehören.
3. Die ersten Mitgliedervertreter werden durch die Hauptversammlung gewählt. Scheidet ein Mitgliedervertreter später aus der Mitgliedervertretung aus, werden die nachfolgenden Mitgliedervertreter von der Mitgliedervertretung selbst gewählt. Einzelheiten des Wahlverfahrens zur Mitgliedervertretung kann die Mitgliedervertretung in einer Wahlordnung regeln, wobei der Aufsichtsrat der Mitgliedervertretung die als Mitgliedervertreter zu wählenden Kandidaten vorschlägt.
4. Das Amt als Mitgliedervertreter erlischt mit dem Ende der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung des Kalenderjahres, in dem der Mitgliedervertreter sein 70. Lebensjahr vollendet.

§ 7 Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung findet alljährlich in den ersten 8 Monaten des Kalenderjahres statt. Sie wird unter Mitteilung von Ort, Zeit und Tagesordnung gem. § 3 dieser Satzung mindestens einen Monat vorher vom Aufsichtsrat einberufen.
2. Eine außerordentliche Mitgliedervertreterversammlung muss einberufen werden, wenn mindestens 1/20 der Mitglieder dies schriftlich unter Angabe der Gründe beantragen, wenn der Aufsichtsrat oder der Vorstand sie für notwendig hält oder wenn die Aufsichtsbehörde dies verlangt.
3. Die Mitgliedervertreterversammlung wird vom Vorsitzenden des Aufsichtsrates, im Verhinderungsfalle von seinem Stellvertreter geleitet. Die Versammlungsleitung kann vom Aufsichtsrat einem Vorstandsmitglied übertragen werden.
4. Das Stimmrecht kann nur in Person ausgeübt werden. Jede satzungsgemäß einberufene Mitgliedervertreterversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig. Beschlüsse können mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst werden, sofern das Gesetz oder diese Satzung nicht anders bestimmen. Bei Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt; bei Wahlen entscheidet in diesem Falle das Los.

§ 8 Aufgaben der Mitgliedervertreterversammlung

Die Mitgliedervertreterversammlung hat folgende Aufgaben:

1. Entgegennahme des Geschäftsberichtes, des Jahresabschlusses und des Berichtes des Aufsichtsrates über die Prüfung des Jahresabschlusses.
2. Feststellung des Jahresabschlusses, wenn Vorstand und Aufsichtsrat sich für die Feststellung durch die Mitgliedervertreterversammlung entschieden haben oder der Aufsichtsrat den Jahresabschluss nicht billigt.
3. Verteilung des Bilanzgewinnes
4. Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates
5. Wahlen zum Aufsichtsrat
6. Festsetzung der Vergütung des Aufsichtsrates
7. Änderung der Satzung sowie Einführung neuer Versicherungszweige
8. Auflösung der Gesellschaft

Die Beschlüsse zu § 8 Nr. 7 + 8 bedürfen einer Mehrheit von $\frac{3}{4}$ der abgegebenen Stimmen und zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 9 Der Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat besteht aus sechs Personen, die Mitglieder der Gesellschaft sein müssen. Sie werden von der Mitgliedervertreterversammlung bis zur Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung gewählt, die über die Entlastung für das 4. Geschäftsjahr nach der Wahl beschließt. Das Geschäftsjahr der Wahl ist hierbei nicht einzurechnen. Das Amt beginnt mit Annahme der Wahl und erlischt mit dem Zeitablauf, spätestens mit dem Ende der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung des Kalenderjahres, in dem das Aufsichtsratsmitglied sein 70. Lebensjahr vollendet. Wiederwahl ist zulässig.
2. Unmittelbar nach jeder Mitgliedervertreterversammlung, in der Wahlen zum Aufsichtsrat vorgenommen sind, findet eine Sitzung des Aufsichtsrates statt, zu der eine Einladung nicht ergeht. In dieser Sitzung werden unter Vorsitz des ältesten Mitglieds der Vorsitzende und sein Stellvertreter gewählt.
3. Scheiden Aufsichtsratsmitglieder vor ihrer Amtsdauer aus, so bedarf es der Einberufung einer außerordentlichen Mitgliedervertreterversammlung zur Vornahme der Ersatzwahl nur dann, wenn weniger als drei Mitglieder vorhanden sind.
4. Zu seinen weiteren Sitzungen versammelt sich der Aufsichtsrat durch schriftliche, mündliche, telefonische oder telegrafische Einladung des Vorsitzenden.
5. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mind. drei Mitglieder anwesend sind. Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.
6. Der Vorsitzende ist verpflichtet, den Aufsichtsrat unverzüglich einzu-berufen, wenn es von einem Mitglied des Aufsichtsrates oder des Vorstandes unter Angabe des Verhandlungsgegenstandes schriftlich beantragt wird. Im Übrigen gelten für die Einberufung des Aufsichtsrates die gesetzlichen Bestimmungen.
7. Über die Beschlüsse des Aufsichtsrates muss ein Protokoll geführt werden.
8. Willenserklärungen des Aufsichtsrates erfolgen durch den Vorsitzenden
9. Die Aufsichtsratsmitglieder haben Anspruch auf Tagegelder und Erstattung von Barauslagen. Eine etwaige Vergütung wird von der Mitgliedervertreterversammlung festgesetzt.

§ 10 Aufgaben des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat hat die ihm durch Gesetz und Satzung zugewiesenen Rechte und Pflichten. Ihm obliegen insbesondere:
 - a) Überwachung der Geschäftsführung
 - b) Prüfung des Jahresabschlusses, des Vorschlages über die Überschussverteilung und des Geschäftsberichtes sowie die Berichtserstattung an die Mitgliedervertreterversammlung
 - c) Feststellung des Jahresabschlusses
 - d) Bestellung des Vorstandes und Regelung seines Dienstverhältnisses
2. Die Zustimmung des Aufsichtsrates ist erforderlich für:
 - a) Erwerb und Veräußerung von Grundeigentum
 - b) Verträge mit anderen Versicherungsunternehmen, ausgenommen Rückversicherungsverträge
 - c) Bestellung von Prokuristen und Handlungsbevollmächtigten
3. Der Aufsichtsrat ist weiterhin ermächtigt:
 - a) Die Satzung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu ändern, soweit die Änderungen nur die Fassung betreffen
 - b) Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung, durch welche die Satzung geändert wird, soweit abzuändern, wie das die Aufsichtsbehörde vor der Genehmigung verlangt
 - c) Sich und dem Vorstand eine Geschäftsordnung zu geben.

§ 11 Vorstand

1. Der aus mindestens zwei Personen bestehende Vorstand wird vom Aufsichtsrat bestellt; dieser bestimmt auch die Anzahl. Er kann einen von ihnen zum Vorsitzenden des Vorstandes ernennen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag; dies gilt nicht in einem zweigliedrigen Vorstand.
2. Das Verhältnis der Mitglieder des Vorstandes zur Gesellschaft regelt sich nach dem Inhalt der vom Aufsichtsrat mit ihnen abzuschließenden Anstellungsverträge.
3. Mit schriftlicher Genehmigung des Aufsichtsrates kann der Vorstand Prokuristen und Handlungsbevollmächtigte bestellen. Außerdem ist der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates berechtigt, Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Neugeschäft einzuführen oder zu ändern.
4. Die Gesellschaft wird durch zwei Vorstandsmitglieder gemeinschaftlich oder durch ein Vorstandsmitglied gemeinschaftlich mit einem Prokuristen vertreten.

IV. Vermögensverwaltung

§ 12 Einnahmen

Die Einnahmen des Vereins bestehen aus:

1. den im Voraus zu zahlenden Jahresbeiträgen der Mitglieder,
2. den sonstigen Einnahmen,
3. den eventuell zu zahlenden Nachschüssen.

§ 13 Beiträge

1. Die Mitglieder haben jährlich im Voraus Beiträge nach Maßgabe der vom Vorstand beschlossenen Tarife zu errichten.
2. Der Vorstand kann mit Zustimmung des Aufsichtsrats Beiträge und Tarifbestimmungen auch für bestehende Versicherungsverträge ändern, wenn und soweit das Gesetz oder vereinbarte Versicherungsbedingungen oder Tarifbestimmungen dies zulassen. In anderen Fällen ist eine Änderung von Beiträgen und Tarifbestimmungen für bestehende Verträge nur zur Gewährleistung der Gleichbehandlung aller Mitglieder mit Zustimmung der Mitgliederversammlung zulässig. Die geänderten Tarife gelten für bestehende Versicherungsverträge ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode. Der Vorstand ist verpflichtet, den Mitgliedern deren bestehende Versicherungsverträge betroffen sind, die Tarifänderung, sowie die Erläuterung der Unterschiede zwischen dem alten und neuen Tarif spätestens einen Monat vor Inkrafttreten schriftlich mitzuteilen und sie auf ihr Kündigungsrecht schriftlich hinzuweisen.
3. Der Verein ist berechtigt für jedes Mahnschreiben nach einer ersten Erinnerung zur Zahlung des fälligen Beitrages einen pauschalen Betrag je Brief zu erheben. Die Höhe dieses Betrages wird jährlich vom Vorstand auf Grund einer Kalkulation der anfallenden Kosten, sowie Verzugszinsen festgelegt.

§ 14 Nachschüsse

1. Reichen die Beiträge, die sonstigen Einnahmen und der gemäß § 17 der Satzung verfügbare Teil der Verlustrücklage zur Deckung der Ausgaben nicht aus, so ist der Fehlbetrag durch Nachschüsse zu decken. Zur Zahlung der Nachschüsse sind alle Mitglieder im Verhältnis ihrer für das Geschäftsjahr gezahlten Versicherungsbeiträge verpflichtet.
2. Die Nachschüsse werden vom Vorstand festgesetzt und dürfen 50 % eines Jahresbeitrages nicht übersteigen.

§ 15 Verlustrücklage

1. Zur Deckung eines außergewöhnlichen Verlustes aus dem Geschäftsbetrieb ist eine Verlustrücklage von mind. 1 Mio. € zu bilden.
2. Der Verlustrücklage sind jährlich bis zum Erreichen der Soll-Höhe mindestens 5 % der gebuchten Bruttobeiträge zuzuführen.
3. Hat die Verlustrücklage ihre Soll-Höhe erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht, kann der Vorstand bis zu 50 % des Jahresüberschusses des Geschäftsjahres der Verlustrücklage oder einer anderen Rücklage zuführen.
4. Die Verlustrücklage darf zur Verlustdeckung in einem Geschäftsjahr erst dann in Anspruch genommen werden, wenn sie 50 % ihres Soll-Betrages überschritten hat. Die jährliche Entnahme kann bis zu 50 % der jeweils angesammelten Verlustrücklage betragen; jedoch darf durch die Entnahme der Bestand von 50 % der Soll-Höhe nicht unterschritten werden. Voraussetzung für jede Inanspruchnahme ist aber, dass im Verlustjahr mindestens ein Betrag in Höhe des Durchschnitts der letzten 3 Jahre erhoben wurde und zur Bestreitung der Ausgaben nicht ausreicht.
5. Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde kann in einzelnen Geschäftsjahren von den Zuführungs- und Entnahmebestimmungen abgewichen werden.

§ 16 Beitragsrückgewähr

1. Soweit der in einem Geschäftsjahr erzielte Überschuss nicht der Verlustrücklage zuzuführen ist oder eine andere Verwendung beschlossen wird, ist er der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuweisen.
2. Die der Rückstellung für Beitragsrückgewähr zufließenden Beträge dürfen keinem anderen Zweck als dem der Beitragsrückerstattung dienen.

3. Die Verteilung der Beitragsrückerstattung auf alle oder einzelne Versicherungszweige, ihre Anrechnung auf Folgebeiträge bzw. Nachschüsse oder Ausschüttung bestimmt der Vorstand; dies hat spätestens nach Ablauf von drei Jahren zu erfolgen. Maßstab für die Anrechnung oder Verteilung der Beitragsrückerstattung ist das Verhältnis des Jahresbeitrages für das Folgejahr. Bagatellobjekte werden nicht verteilt. Über den kleinsten zu verteilenden Betrag beschließt der Vorstand.
4. Im Laufe des Geschäftsjahres beigetretene oder ausgeschiedene Mitglieder sind von der Beitragsrückerstattung ausgeschlossen.

§ 17 Anlage des Vereinsvermögens

Das Vereinsvermögen wird nach den gesetzlichen Vorschriften und den von der Aufsichtsbehörde erlassenen Richtlinien angelegt.

V. Bestandsübertragung, Verschmelzung, Auflösung des Vereins

§ 18 Durchführung

1. Die Mitgliederversammlung kann die Übertragung des Bestandes oder eines Teilbestandes auf ein anderes oder die Verschmelzung mit einem anderen Versicherungsunternehmen oder die Auflösung des Vereins beschließen.
2. Der Beschluss kann nur erfolgen, wenn in der Einladung auf den Zweck besonders hingewiesen wird. Es bedarf einer Mehrheit von $\frac{3}{4}$ der erschienenen Mitglieder und der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.
3. Die zwischen dem Verein und den Mitgliedern bestehenden Versicherungsverhältnisse erlöschen vier Wochen nach der Bekanntmachung des von der Aufsichtsbehörde genehmigten Auflösungsbeschlusses. Die Bekanntmachung hat schriftlich an alle Mitglieder des Vereins zu erfolgen.

§ 19 Liquidation

Nach der Auflösung des Vereins findet die Liquidation durch den Vorstand statt, jedoch kann die Mitgliederversammlung auch andere Personen zu Liquidatoren bestellen, die ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit fassen. Ergibt sich nach Beendigung der Liquidation ein Überschuss, so wird dieser nach dem Verhältnis der im letzten Geschäftsjahr gezahlten Beiträge an die Mitglieder verteilt, ein etwaiger Fehlbetrag ist in gleicher Weise durch Nachschüsse zu decken

Beschlossen durch die Hauptversammlung am 9. Juli 1986.
Genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 29. September 1986. Gesch.-Z. IV-5017-2/86.
Änderungen genehmigt am 26. April 1993 Gesch.-Z. IV 5017 2/93; am 29.09.2000 Gesch.-Z. IV-043-5017 2/00; am 17.07.2001 Gesch.-Z. 043-5017-1/01; am 07.07.2003 Gesch.-Z. VA 43-VU 5017-2/02; am 17.12.2004 Gesch.-Z. VA 32-VU 5017-2/04; Änderungen genehmigt durch die Hauptversammlung am 23.06.2006.
Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 08. August 2011. Gesch.-Z. VA 32-I 5002-5017-2008/0001, Änderung genehmigt durch die Hauptversammlung vom 29.06.2010 sowie vom 29.06.2011.
Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 06. März 2012. Gesch.-Z. VA 34-I 5002-5017-2012/0001, Änderung genehmigt durch die außerordentliche Hauptversammlung vom 27.02.2012.
Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 21.05.2013. Gesch.-Z. VA 34-I 5002-5017-2013/0001
Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 09.10.2013. Gesch.-Z. VA 34-I 5002-5017-2013/0001, Änderung genehmigt durch die Hauptversammlung vom 26.06.2013
Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 10.01.2014. Gesch.-Z. VA 34-I 5002-5017-2014/0001, Änderung genehmigt durch den Aufsichtsrat am 26.11.2013

