

Ihre Unfallversicherung „Top-Schutz“ im Überblick...

Die Barmenia garantiert Ihnen, dass die Leistungen der Unfallversicherung „Top-Schutz“

- in keinem Punkt schlechter sind als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (mit Stand 25.03.2014);
- die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden.

Damit Sie sich in kurzer Zeit einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Barmenia-Unfallversicherung „Top-Schutz“ verschaffen können, sind in der folgenden Übersicht nur die wichtigsten Vorteile aufgeführt. **Die Darstellung ist somit nicht vollständig – die ausführlichen verbindlichen Regelungen finden Sie in den „Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz“ (ab Seite 5).**

In der Übersicht ist zu den einzelnen Punkten vermerkt, unter welcher Ziffer und auf welcher Seite der Versicherungsbedingungen die ausführlichen verbindlichen Regelungen zu finden sind.

Diese Leistung des Top-Schutzes

– Versichert sind Unfälle – weltweit.
Wir leisten für Gesundheitsschädigungen, die durch Unfälle hervorgerufen werden.

– Keine Leistungsminderung bei Mitwirkung von Krankheiten/Gebrechen an den Unfallfolgen bis zu einem Mitwirkungsanteil von 50 %:

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Wenn bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die nach einem Unfall aufgetretenen Gesundheitsschädigungen erst hervorgerufen haben oder verschlimmern, wird unsere Leistung nicht gekürzt, wenn der Anteil der Krankheiten/Gebrechen an den Gesundheitsschäden unter 50 % liegt. Erst wenn der Mitwirkungsanteil darüber liegt, wird bei einer Invalidität der Invaliditätsgrad, in allen anderen Fällen die Leistung um diesen Anteil gekürzt.

A. Diese Leistungsarten können Sie versichern

- Invaliditätsleistung
- Invaliditäts-Kapitalleistung
- Unfallrente
- Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld (automatisch versichert, wenn Sie ein Krankenhaustagegeld gewählt haben)
- Todesfallleistung

B. Wichtige Fristen zur Invaliditätsleistung

- Für den Anspruch auf eine Invaliditätsleistung müssen folgende Fristen eingehalten werden:
 - Die Invalidität muss eingetreten sein innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall;
 - Die Invalidität muss ärztlich festgestellt sein innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall;
 - Sie müssen Ihren Anspruch auf Invaliditätsleistung geltend machen innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall.

C. Erweiterungen des „Unfallbegriffs“

Mitversichert sind auch folgende Ereignisse und Gesundheitsschäden:

- Ertrinken;
- Tauchtypische Gesundheitsschäden z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung; wir leisten auch für die Behandlung in einer Dekompressionskammer (im Rahmen der Bergungskosten);
- Erfrierungen;
- Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich;
- Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug (auch Ersticken);

finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer

7	1
15	6
7	2.1
7	2.1.2
8	2.1.3
8	2.2
8	2.3
9	2.4
7	2.1.1.2
7	2.1.1.3
7	1.4.1.1
7	1.4.1.1+
10	3.2.2.1
7	1.4.1.2
7	1.4.1.3
7	1.4.1.4

Diese Leistung des Top-Schutzes

finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer

– Bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschäden wegen der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen;	7	1.4.2
– Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, Staubwolken und Säuren (nicht aber Berufs-/Gewerbekrankheiten);	7	1.4.3
– Vergiftungen (durch Einnahme schädlicher Stoffe) – auch Nahrungsmittelvergiftungen sind versichert;	7	1.4.4
– Durch erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen verursachte – Bauch- oder Unterleibsbrüche, – Verrenkungen von Gelenken, – Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken, – sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, nicht aber Schädigung der Bandscheiben und Verletzungen an Kopf, Lunge und Herz und Blutungen innerer Organe;	7	1.4.5
– Gesundheitsschädigungen durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme.	7	1.4.6

D. Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen

Unter Ziffer 8 der Versicherungsbedingungen sind die Versicherungsausschlüsse geregelt.

Von diesen Ausschlüssen gelten etliche Ausnahmen, für die wir trotzdem leisten.

Hier die wichtigsten Fälle, für die wir Versicherungsschutz bieten:

– Mitversicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen (beim Lenken von Kfz gilt die Mitversicherung bis zu einem Blutalkoholgehalt unter 1,3 ‰);	15	8.1.1 a)
– Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente;	15	8.1.1 b)
– Der Ausschluss "Bewusstseinsstörungen" wird nicht angewendet bei – Herzinfarkt, – Schlaganfall;	15 15	8.1.1 c) 8.1.1 c)
– Bewusstseinsstörungen, die durch die unfreiwillige Verabreichung von sog. K.-o.-Tropfen verursacht werden.	15	8.1.1 e)
– Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln und das Einschlafen durch Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörung;	15	8.1.1 f)
– Für eine Todesfalleistung bis zum Betrag von 5.000 EUR wird der Ausschluss "Bewusstseinsstörungen" nicht angewendet (das gilt nicht beim Führen eines Kfz unter Alkoholeinfluss ab 1,3 ‰ Blutalkoholgehalt);	15	8.1.1
– Unfälle bei Raufereien und Schlägereien sind mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war;	15	8.1.2
– Kitesurfen;	15	8.1.4
– Fahrtveranstaltungen (bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt) sind versichert (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten und Sicherheitstrainings);	16	8.1.5 a)
– Gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Kartanlagen sind versichert (nur in Europa);	16	8.1.5 b)
– Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert;	16	8.2.2
– Versicherungsschutz (bei a) und g) ausschließlich für die Invaliditäts-Kapitalleistung und Unfallrente) besteht für a) folgende Infektionen nach einer Wartezeit von 3 Monaten: Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Typhus, Windpocken, b) Folgende weitere Infektionskrankheiten (Wartezeit 3 Monate): Borreliose, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Tularämie (Hasenpest), c) Impfschäden nach einer Schutzimpfung (Wartezeit 3 Monate), d) Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut, e) Infektionen durch Tierbisse, f) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen einschließlich Blutvergiftungen und Wundinfektionen, g) Infektionen durch geringfügige Haut-/Schleimhautverletzungen, wenn das ursächliche Ereignis innerhalb vier Wochen angezeigt wurde (Wartezeit 3 Monate), Nicht infektiöse Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme auf Grund einer solchen allergischen Reaktion gilt als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.	16	8.2.4.1

E. Generell im Versicherungsschutz enthaltene Leistungsarten

– Rehabilitations-Management-Serviceleistungen bis 10.000 EUR;	9	3.1
– Bergungskosten inklusive Rücktransportkosten bis 30.000 EUR;	10	3.2
– Beihilfe für eine Kur (5.000 EUR) und stationäre Reha-Maßnahme (500 EUR);	10	3.3
– Sofortleistung bei bestimmten Schwerverletzungen bis 6.000 EUR;	10	3.4
– Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnersatzkosten für alle natürlichen Zähne bis 10.000 EUR;	10	3.5

Diese Leistung des Top-Schutzes

finden Sie in den Versicherungsbedingungen auf Seite unter Ziffer

– Behinderungsbedingte Mehraufwendungen ab 50 %-iger Invalidität bis zu 10.000 EUR (z. B. für den Umbau von Kfz und Wohnung oder Umzug);	10	3.6
– Kostenbeteiligung bis 5.000 EUR – bis 3 Jahre nach dem Unfall – für – ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel (z. B. für Arm-/Beinprothese, Geh-/Stützapparate, Roll-/Krankenfahrstuhl), – künstliche Organe und Organtransplantationen;	10	3.7
– Umschulungsmaßnahmen – Kostenerstattung bei Durchführung einer staatlich anerkannten Umschulung wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit bis 6.000 EUR;	10	3.8
– Haushaltshilfegeld bis 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage;	10	3.9
– Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme (Kostenübernahme für die ersten 10 Sitzungen);	11	3.10
– Für Nachhilfeunterricht versicherter Kinder übernehmen wir vom 15. bis zum 35. Tag nach dem Unfall die Kosten bis zu 30 EUR je Tag;	11	3.11
F. Familien-Vorsorgeversicherung		
– Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für Ihren Ehepartner ab Eheschließung und Ihre Kinder ab Geburt bzw. Adoption für 1 Jahr mit den Versicherungssummen für die Invaliditätsleistung, die für Sie vereinbart sind, höchstens 50.000 EUR für die Invaliditäts-Kapitalleistung und 500 EUR für die Unfallrente.	15	5
G. Der Versicherungsschutz kann ergänzt werden um folgende Leistungen (gegen Zusatzbeitrag)		
– Leistungsdynamik zur Unfallrente: Zahlen wir eine Unfallrente, so wird sie zum 01.01. jeden Jahres um 1,5 % erhöht;	11	4.1
– Extra-Leistung bei Knochenbrüchen bis 5.000 EUR;	11	4.2
– Schnelle Hilfeleistungen bis zu 6 Monate nach dem Unfall (Menüservice, Hausnotruf, Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen, Besorgungen und Einkäufe, Reinigung der Wohnung, Waschen und Pflegen der Wäsche, Körperpflege, Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme; bis zu einer Woche leisten wir eine Kinderbetreuung und –versorgung, Versorgung von Haustieren und Krankenhaushilfe);	11	4.6
– Familienhilfe bis zu einem Monat nach dem Unfall: Organisation und Bezahlung einer Betreuungsperson für die – Kinderbetreuung und –versorgung, – Haushaltsführung; Die Betreuungsperson sorgt auch für die Mobilität der Kinder (Begleitung zur Tagesstätte, Kindergarten, Schule, Vereinssportveranstaltungen, organisierten entgeltlichen Kursen/Unterrichtsstunden, Arztterminen etc.).	13	4.7
– Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall	14	4.8
H. Wichtige Obliegenheiten nach einem Unfall		
– Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seine Anordnungen befolgt werden – außerdem müssen Sie uns informieren;	17	10.1
– Es gilt nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ein Arzt zu spät hinzugezogen wird;	17	10.1
– Die Anzeigefrist für einen Unfalltod beträgt eine Woche;	18	10.5
– Folgenlos bleibt eine versehentlich unterbliebene Anzeige bzw. Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, wenn diese nach Erkennen des Versehens unverzüglich nachgeholt wird.	18	11 b)
I. Beitragsfreistellung		
– Der Unfallschutz wird für mitversicherte minderjährige Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr beitragsfrei weitergeführt, wenn Sie – während der Vertragslaufzeit durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber durch Krieg/Bürgerkrieg) – Voraussetzung: Sie waren bei Vertragsabschluss jünger als 55 Jahre, – durch einen Unfall mindestens zu 50 % invalide werden;	19	14.6.1
– Die Beitragsfreistellung gilt auch für den mitversicherten Ehe-/Lebenspartner bis zum 18. Lebensjahr des jüngsten versicherten Kindes.	19	14.6.4

J. Sonstige Erweiterungen zu einzelnen Leistungsarten

– <u>Zur Invaliditätsleistung:</u>		
– Um 20 % erhöhte Invaliditäts-Kapitalleistung bei Kopfverletzungen, die die versicherte Person bei einem Fahrrad-, Ski-, Reit- oder Inliner-Unfall erlitten hat, obwohl sie durch einen Helm geschützt war.	8	2.1.2.4
– Ein Vorschuss bei laufendem Heilverfahren auf die zu erwartende Invaliditätsleistung ist möglich innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, ist ein Vorschuss bis zu einem Betrag von 10.000 EUR möglich (Voraussetzung: Die versicherte Person ist nicht in Lebensgefahr);	18	12.3
– <u>Zum Krankenhaustagegeld:</u>		
– Das Krankenhaustagegeld wird ab dem 30. Tag auf 150 % erhöht;	8	2.2.2
– Für Aufenthalte in Sanatorien im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zahlen wir für bis zu 60 Tage 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegeldes;	8	2.2.1.1 +
	8	2.2.2.2
– Wir leisten auch für Aufenthalte in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Reha dient;	8	2.2.1.2
– Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze;	8	2.2.1.3
– Das Krankenhaustagegeld wird für bis zu 14 Tage verdoppelt bei einem Unfall und vollstationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland;	8	2.2.2.1
– <u>Rooming-In für Kinder bis 14 Jahre:</u>	8	2.2.2.4
Wird ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung;		
– <u>Zum Genesungsgeld:</u>		
– Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Tagen gezahlt, wie Krankenhaustagegeld gezahlt wurde, längstens aber für 200 Tage;	8	2.3.2
– Wir leisten auch für ambulante Operationen 3 Tagessätze;	8	2.2.2.3 +2.3.2
– <u>Zur Todesfalleistung:</u>		
– Verschollenheit nach §§ 5 bis 7 Verschollenheitsgesetz gilt als Nachweis des Unfalltodes;	9	2.4.1.1
– <u>Für minderjährige Kinder bei Unfalltod beider Eltern:</u>	9	2.4.2.1
Sterben beide Eltern bei einem Unfallereignis und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppeln sich die vereinbarten Todesfalleistungen der Eltern. Die Mehrleistung ist begrenzt auf 60.000 EUR.		
– Verdoppelung einer mitversicherten Todesfalleistung für Unfälle bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.		
– Um 20 % erhöhte Todesfalleistung bei Kopfverletzungen, die die versicherte Person bei einem Fahrrad-, Ski-, Reit- oder Inliner-Unfall erlitten hat, obwohl sie durch einen Helm geschützt war.	9	2.4.2.2

Barmenia- Unfallversicherungs- bedingungen – Top-Schutz

Stand 01.02.2016

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 Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz. Zusammen mit dem Angebot/Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie diese Bedingungen 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 Barmenia

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?	7
1.1	Grundsatz	7
1.2	Geltungsbereich	7
1.3	Unfallbegriff	7
1.4	Erweiterter Unfallbegriff	7
1.5	Einschränkung unserer Leistungspflicht	7
2	Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	7
2.1	Invaliditätsleistung	7
2.1.2	Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung	7
2.1.3	Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %	8
2.2	Krankenhaustagegeld	8
2.3	Genesungsgeld	8
2.4	Todesfallleistung	9
2.5	Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)	9
2.6	Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik)	9
3	Welche Leistungen sind generell mitversichert?	9
3.1	Rehabilitations-Management-Serviceleistungen	9
3.2	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	10
3.3	Beihilfe für eine Kur- und stationäre Reha-Maßnahme	10
3.4	Sofortleistung bei Schwerverletzungen ..	10
3.5	Kosten für kosmetische Operationen	10
3.6	Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	10
3.7	Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel	10
3.8	Umschulungsmaßnahmen	10
3.9	Haushaltshilfegeld	10
3.10	Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme	11
3.11	Kosten für Nachhilfeunterricht	11
4	Welche Leistungserweiterungen können gegen zusätzlichen Beitrag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden?	11
4.1	Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik)	11
4.2	Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen	11

Seite

4.3	Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%-Staffel)	11
4.4	Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %-Staffel)	11
4.5	Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (700 %-Staffel)	11
4.6	Hilfeleistungen	11
4.7	Familienhilfe	13
4.8	Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall	14
5	Familien-Vorsorgeversicherung	15
6	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	15
6.1	Krankheiten und Gebrechen	15
6.2	Mitwirkung	15
7	Welche Personen sind nicht versicherbar?	15
8	Was ist nicht versichert?	15
8.1	Ausgeschlossene Unfälle	15
8.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden ..	16
9	Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	17
9.1	Umstellung des Kindertarifs	17
9.2	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	17
Der Leistungsfall		
10	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	17
11	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	18
12	Wann sind die Leistungen fällig?	18
12.1	Erklärung über die Leistungspflicht	18
12.2	Fälligkeit der Leistung	18
12.3	Vorschüsse	18
12.4	Neubemessung des Invaliditätsgrades ..	18

	Seite		Seite
Die Versicherungsdauer	21	Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen	21
13 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	22	Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis "Beratungs- prozesse" empfohlenen Mindest- leistungsstandards	21
Wann ruht der Versicherungs- schutz bei militärischen Einsätzen?	18		
13.1 Beginn des Versicherungsschutzes	18		
13.2 Dauer und Ende des Vertrages	18		
13.3 Kündigung nach Versicherungsfall	18	23 Welches Gericht ist zuständig?	21
13.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen	18	24 Welches Recht findet Anwendung? ...	21
13.5 Versicherungsjahr	18	25 Sanktions-/Embargoklausel	21

Der Versicherungsbeitrag

14 Was müssen Sie bei der Beitrags- zahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	18
14.1 Beitrag und Versicherungsteuer	18
14.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zah- lung/Erster oder einmaliger Beitrag	19
14.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag	19
14.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäfts- grundlage/Rechtzeitigkeit der Zahlung/ Kündigungsrecht bei Widerruf	19
14.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertrags- beendigung	19
14.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	19
14.7 Tarifstufen (altersabhängig)	19

Anlage

Tabellen zu den progressiven Invaliditätsstufen

Weitere Regelungen

15 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	20
15.1 Fremdversicherung	20
15.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	20
15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	20
16 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	20
16.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht	20
16.2 Möglich Folgen einer Anzeige- pflichtverletzung	20
16.3 Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte	20
16.4 Anfechtung	20
16.5 Erweiterung des Versicherungs- schutzes	20
17 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	20
17.1 Gesetzliche Verjährung	20
17.2 Aussetzung der Verjährung	21
18 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	21
19 Bedingungsänderung	21
20 Künftige Bedingungs- verbesserungen	21

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

1.4.1 Als Unfall gelten auch

1.4.1.1 das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung;

Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer sind im Rahmen der Bergungskosten (Ziffer 3.2) mitversichert.

1.4.1.2 Gesundheitsschäden durch Erfrierungen;

1.4.1.3 Gesundheitsschäden durch Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches;

1.4.1.4 unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug

1.4.2 Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.

1.4.3 Ein Unfall liegt auch vor, wenn die versicherte Person unfreiwillig Gesundheitsschäden durch allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Staubwolken, Säuren und Ähnliches erleidet, sofern es sich nicht um Gesundheitsschäden handelt, die als Berufs- und Gewerbekrankheiten gelten.

1.4.4 Mitversichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen der versicherten Person als Folge von Vergiftungen durch die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z. B. Nahrungsmittelvergiftungen).

1.4.5 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung

- Bauch- und Unterleibsbrüche erleidet,
- Gelenke verrenkt,

Beispiel:

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

- Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken zerrt oder zerreißt,

Beispiel:

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

- sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule erleidet.

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.

1.4.6 Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme
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 (Ziffer 6) vorgenommen wird.

1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 6), den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 7) sowie zu den Ausschlüssen (Ziffer 8). Sie gelten für alle Leistungsarten.

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

Für den Fall einer Invalidität können die folgenden Leistungsarten vereinbart werden:

- die Invaliditäts-Kapitalleistung (siehe Ziffer 2.1.2) und/oder
- die Unfallrente (siehe Ziffer 2.1.3).

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 18 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten 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 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltendmachen 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 2.4), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung
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 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 EUR.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, 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 12.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

2.1.2.2.1.1 Standard-Gliedertaxe Top-Schutz

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

Arm	75 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Hand	60 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
Mittelfinger	10 %
Ringfinger	10 %
kleiner Finger	10 %
sämtliche Finger einer Hand, jedoch maximal ..	60 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	65 %
Bein bis unterhalb des Knies	55 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %
Fuß	45 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %

Auge	65 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	10 %
Sprachvermögen	100 %

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

Beispiel:

Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 75 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7,5 % (= ein Zehntel von 75 %).

Bei allen Berechnungs-Beispielen wird mit der Standard-Gliedertaxe Top-Schutz gerechnet.

2.1.2.2.1.2 Individuelle Gliedertaxe

Wenn die versicherte Person zwischen 18 und 67 Jahren alt ist, können Sie abweichend von der "Standard-Gliedertaxe Top-Schutz" individuelle Prozentsätze für einzelne Körperteile und Sinnesorgane wählen. Die vertraglich vereinbarten Invaliditätsgrade sind dann im Versicherungsschein genannt.

Im Versicherungsjahr, welches nach Ihrem 68. Geburtstag beginnt, entfällt die individuelle Gliedertaxe. Es gilt dann die "Standard-Gliedertaxe Top-Schutz". Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann geltenden Tarif beitragsmindernd, Erhöhungen beitragssteigernd aus.

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 75 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7,5 % (= ein Zehntel von 75 %). Diese 7,5 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 67,5 %.

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 (75 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 110 % 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 auf Grund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.2.4 Erhöhte Invaliditäts-Kapitalleistung bei Kopfverletzungen wenn ein Schutzhelm getragen wurde

Die vereinbarte Versicherungssumme wird um 20 % erhöht, wenn der Unfall beim

- Fahrradfahren (bei Kindern auch Roller-, Lauf- oder Dreiradfahren),
- Skifahren
- Inlineskaten, Rollschuhfahren oder Schlitsschuhlaufen, Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reitkappe getragen hat.

2.1.3 Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %

2.1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

Individuelle Gliedertaxen (Ziffer 2.1.2.2.1.2) und vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln (Ziffern 4.3 bis 4.5) oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.1.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.1.3.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.1.3.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

2.1.3.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass auf Grund einer Neubemessung nach Ziffer 12.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.2 Krankenhaustagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

2.2.1.1 Sanatoriumsaufenthalt

Bei unfallbedingtem Aufenthalt in Sanatorien wird das Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn die versicherte Person vor dem unfallbedingten Sanatoriumsaufenthalt auf Grund des Unfalles stationär im Krankenhaus behandelt wurde.

2.2.1.2 Aufenthalt in „gemischten Instituten“

Erfolgt die unfallbedingte Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so bleibt der Krankenhaustagegeldanspruch bestehen.

2.2.1.3 Ambulante Operationen

Wir zahlen ein Krankenhaustagegeld auch dann, wenn sich die versicherte Person wegen eines Unfalles einer ambulanten chirurgischen Operation unterzieht und sie deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt ist.

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für zwei Jahre ab dem Tag des Unfalles.

Vom **30. Tag** eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthalts an erhöht sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld um 50 %.

Für Aufenthalte in Sanatorien gilt eine geringere Leistungshöhe und –dauer gemäß Ziffer 2.2.2.2.

2.2.2.1 Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 14 Tagen, wenn sich der **Unfall im Ausland** ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

2.2.2.2 Bei Aufenthalt in **Sanatorien** gemäß Ziffer 2.2.1.1 zahlen wir längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50 % des versicherten Krankenhaustagegeldes. Eine Mehrleistung gemäß Ziffer 2.2.2 und Ziffer 2.2.2.1 gilt hierfür nicht.

2.2.2.3 Bei **ambulanten chirurgischen Operationen** gemäß Ziffer 2.2.1.3 zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld für drei Tage.

2.2.2.4 Rooming-In für die

Kinder-Unfallversicherung:

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

2.3 Genesungsgeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.2.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 200 Tage, und zwar

- für den 1. – 100. Tag in Höhe der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme,
- für den 101. – 200. Tag in Höhe von 25 % der für das Krankenhaustagegeld vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Todesfalleistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 10.5.

2.4.1.1 Verschollenheit

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Ergibt sich im Nachhinein, dass die für tot erklärte versicherte Person doch überlebt hat, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzahlen.

2.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4.2.1 Unfalltod beider Elternteile

Werden durch ein Unfallereignis beide Elternteile tödlich verletzt und hinterlassen sie minderjährige Kinder, so verdoppelt sich die für den jeweiligen Elternteil in diesem Vertrag vereinbarte Versicherungssumme für den Todesfall. Die Gesamtleistung aus dieser Verdoppelung ist auf 60.000 EUR begrenzt.

2.4.2.2 Erhöhte Todesfalleistung bei Kopfverletzungen wenn ein Schutzhelm getragen wurde

Die vereinbarte Versicherungssumme wird um 20 % erhöht, wenn der Unfall beim

- Fahrradfahren (bei Kindern auch Roller-, Lauf- oder Dreiradfahren),
- Skifahren
- Inlineskaten, Rollschuhfahren oder Schlittschuhlaufen, Reiten

eingetreten ist und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles einen entsprechenden Schutzhelm bzw. beim Reiten eine Reitkappe getragen hat.

2.5 Erhöhung der Versicherungssummen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

2.5.1 Sie können die vereinbarten Versicherungssummen für

- die Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2),
- die Unfallrente (Ziffer 2.1.3),
- das Krankenhaustagegeld (Ziffer 2.2) und
- die Todesfalleistung (Ziffer 2.4)

unter den in den Ziffern 2.5.2 und 2.5.3 genannten Voraussetzungen jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Dabei sind die Versicherungssummen für die Invaliditäts-Kapital- und Todesfalleistung auf volle 500 EUR, für die Unfallrente und für das Krankenhaustagegeld auf volle Euro zu runden. Der neue Beitrag wird aus den erhöhten Versicherungssummen berechnet.

2.5.2 Voraussetzungen für die Erhöhung der Versicherungssummen

- a) Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- b) Die versicherte Person hat noch keinen Unfall erlitten, der zu einer Leistung aus diesem Vertrag geführt hat.

2.5.3 Begrenzung der Erhöhungsmöglichkeit

- a) Innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren können Sie die Versicherungssummen um 25 % der jeweils zuletzt geltenden Summen heraufsetzen.
- b) Die zum Zeitpunkt der Erhöhung in unseren Annahmerichtlinien festgelegten Höchstversicherungssummen bilden die Höchstgrenze für eine Nachversicherung.

2.6 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik)

2.6.1 Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditäts-Kapitalleistung, Unfallrente, Krankenhaustagegeld und Todesfalleistung, werden jährlich um jeweils 5 % erhöht. Die Versicherungssummen für die Invaliditäts-Kapital- und Todesfalleistung werden auf volle 500 EUR, für die Unfallrente und für das Krankenhaustagegeld auf volle Euro aufgerundet. Für alle anderen Leistungsarten erfolgt keine dynamische Erhöhung. Der Beitrag wird aus den neuen Versicherungssummen errechnet und erhöht sich somit im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

2.6.2 Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2.6.3 Wir werden Sie über die erhöhten Versicherungssummen unterrichten, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

2.6.4 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie dieser innerhalb von zwei Monaten, nachdem Ihnen unsere Information über die Erhöhung zugegangen ist, in Textform (z. B. per E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen.

Haben Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Sie können die Summendynamik jedoch neu beantragen.

2.6.5 Automatische Beendigung der Summendynamik für einzelne versicherte Personen
Die Vereinbarung über die Summendynamik endet – ohne dass eine ausdrückliche Kündigung erforderlich ist – nur für die jeweilige versicherte Person
a) für die eine Unfallrente vereinbart ist und die Versicherungssumme hierfür den Höchstbetrag erreicht hat, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist. Gleichzeitig entfällt auch die Erhöhung der übrigen für die jeweilige versicherte Person vereinbarten Versicherungssummen.

b) zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 68. Lebensjahr vollendet.

3 Welche Leistungen sind generell mitversichert?

Die nachstehenden Leistungsarten sind auch ohne besondere Vereinbarung und ohne gesonderte Beitragsberechnung in Ihrem Versicherungsvertrag mitversichert.

Soweit für die nachstehenden Leistungen ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherer) eintritt, kann der jeweilige Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der Andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie sich auch unmittelbar an uns halten.

Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistungen nur aus einer Versicherung beantragt werden.

Soweit Entschädigungsgrenzen genannt sind, werden diese nicht im Rahmen von vereinbarten Dynamikanpassungen erhöht.

3.1 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen

3.1.1 Voraussetzung für die Leistung

Ist nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 auf Basis der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zu erwarten, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitations-Management-Serviceleistungen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen.

3.1.2 Art der Leistung

Wir wählen einen medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienst aus, der in unserem Auftrag die folgenden Serviceleistungen erbringt.

- In der ersten Leistungsphase wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfohlen.
- In der zweiten Leistungsphase werden für die versicherte Person umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung für die kommenden Monate oder Jahre erarbeitet.
- In der dritten Leistungsphase wird die versicherte Person auf Basis der in der zweiten Leistungsphase erarbeiteten Empfehlungen kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleitet.

3.1.3 Höhe der Leistung

Wir übernehmen ausschließlich die für die medizinisch-berufskundliche Beratungstätigkeit anfallenden Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 EUR je Versicherungsfall.

Die Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen entstehen, werden nicht übernommen.

3.1.4 Art und Umfang der Leistungen sowie Dauer der Leistungserbringung

Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Erkrankung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.

Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind, längstens bis zum Erreichen des Höchstbetrages von 10.000 EUR für die Kostenübernahme.

3.1.5 Ort der Leistungserbringung

Die Leistungen werden ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder vom eingeschalteten medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienst vorgeschlagen wurde.

3.1.6 Zahlung ohne endgültige Prüfung des Anspruchs

Da vor einer Einschaltung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienstes nicht immer abschließend geprüft werden kann, ob Versicherungsschutz besteht, ist mit der Erbringung der Rehabilitations-Management-Serviceleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus diesem Vertrag nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Rehabilitations-Management-Serviceleistungen.

3.2 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

3.2.1 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.

3.2.2 Art der Leistung

3.2.2.1 Wir ersetzen die Mehraufwendungen für Mittel und Einrichtungen (z. B. Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer nach einem Tauchunfall), die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden der versicherten Person notwendig sind;

3.2.2.2 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.

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

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

3.2.3 Höhe der Leistung

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 30.000 EUR begrenzt.

3.3 Beihilfe für eine Kur- und stationäre Reha-Maßnahme

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung für eine Kurmaßnahme

3.3.1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur/einen medizinisch notwendigen Sanatoriumsaufenthalt durchgeföhrt. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

3.3.1.2 Höhe der Leistung für eine Kurmaßnahme

Die Beihilfe für eine Kur wird in Höhe von 5.000 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird die Regelung der Ziffer 6 entsprechend berücksichtigt.

3.3.2 Voraussetzungen für die Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme

Wir leisten auch eine Beihilfe, wenn die versicherte Person – unter den Voraussetzungen der Ziffer 3.3.1.1, die von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden – eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeföhrt hat. Im Gegensatz zu einer Kur steht bei einer Rehabilitationsmaßnahme die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund. Hierzu zählt auch die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer Krankenanstalt, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchföhrt oder Rekonvaleszenten aufnimmt.

3.3.2.1 Höhe der Leistung für eine stationäre Reha-Maßnahme

Die Beihilfe für eine stationär durchgeföhrt Rehabilitationsmaßnahme wird in Höhe von 500 EUR einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird die Regelung der Ziffer 6 entsprechend berücksichtigt.

3.4 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

3.4.1 Voraussetzung und Umfang der Leistung Föhrt der Unfall bei der versicherten Person zu einer im Folgenden genannten Verletzung, wird einmalig eine Sofortleistung in Höhe von 6.000 EUR gezahlt, sofern nicht der Tod innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;
- Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades;
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche;
- Erbblindung;
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezestörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens;
 - Fraktur des Beckens;
 - Fraktur der Wirbelsäule;
 - gewebezestörender Schaden eines inneren Organs.

3.4.2 Anrechnung der Sofortleistung auf die Invaliditäts-Kapitalleistung

Die Sofortleistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als diese Sofortleistung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

3.5 Kosten für kosmetische Operationen

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur natürliche Zähne 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.

3.5.2 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 von 10.000 EUR.

3.6 Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Hat der Unfall zu einem nach Ziffer 2.1.2.2 ermittelten unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geföhrt und wird auf Grund der Unfallfolgen

- ein behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person,
- ein behindertengerechter Umbau der Wohnung der versicherten Person oder der Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
- eine behindertengerechte Fortbildung wie Gebärdensprache oder Blindenschrift,
- die Anschaffung und Ausbildung eines erforderlichen Blindenhundes

medizinisch notwendig, erstatten wir hierfür entstehende Kosten bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet bis zur Höhe von 10.000 EUR.

Die Leistung wird bei entsprechendem Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erbracht.

3.7 Kostenbeteiligung für ärztlich verordnete medizinische Hilfsmittel

Werden auf Grund der Unfallfolgen

- Künstliche Gliedmaßen, künstliche Gelenke, künstliche Organe sowie Organtransplantationen,
 - Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Gehhilfen, Rollstühle, Hörgeräte, Sehhilfen oder Sprechgeräte
- medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, erstatten wir hierfür entstehende Kosten bis zu drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet bis zur Höhe von 5.000 EUR. Die Leistung wird bei entsprechendem Nachweis über die medizinische Notwendigkeit und ärztliche Verordnung erbracht.

3.8 Umschulungsmaßnahmen

Hat der Unfall die Berufsunfähigkeit der versicherten Person zur Folge und absolviert sie daher eine staatlich anerkannte Umschulung, werden die Kosten hierfür bis zu 6.000 EUR erstattet. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außer Stande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.

3.9 Haushaltshilfegeld

3.9.1 Föhrt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der den Haushalt versorgenden versicherten Person, zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 3.9.2 zu betreuen oder zu versorgen, übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe für bis zu 50 EUR je Tag, längstens für 30 Tage.

3.9.2 Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person Kinder leben, die zum Zeitpunkt des Unfalls

- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder

- in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

3.10 Psychologische Soforthilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, auf Grund ärztlicher Anordnung psychologische Soforthilfe, werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen ersetzt. Diese Leistung erbringen wir, auch ohne dass ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1 vorliegt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 8.2.5 gilt hierfür nicht.

3.11 Kosten für Nachhilfeunterricht

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfalls in medizinisch notwendiger Heilbehandlung und kann nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlen wir für die nachweislich angefallenen Kosten für erteilten Nachhilfeunterricht einen Kostenzuschuss in folgender Höhe: ab dem 15. bis zum 35. Tag nach dem Unfall: je 30 EUR.

4 Welche Leistungserweiterungen können gegen zusätzlichen Beitrag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden?

Auf besondere Vereinbarung können Sie Ihren Versicherungsschutz um die nachstehend genannten Leistungserweiterungen gegen zusätzliche Beitragszahlung ergänzen. Es gelten jeweils nur die Leistungserweiterungen als vertraglich vereinbart, die im Versicherungsschein dokumentiert sind.

4.1 Jährliche Erhöhung der Unfallrente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) – sofern vereinbart

Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Unfallrente gemäß Ziffer 2.1.3, erhöhen wir zum 1.1. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 %, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

4.2 Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen – sofern vereinbart

4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
Die versicherte Person erleidet einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall, der den Bruch der in der nachfolgenden Tabelle genannten Knochen zur Folge hat. Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt werden. Der Anspruch auf diese Leistung erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, unter Vorlage eines ärztlichen Berichtes geltend gemacht wird. Der Anspruch erlischt auch, wenn die versicherte Person in Folge eines Unfalls stirbt, bevor der Anspruch geltend gemacht wurde.

4.2.2 Höhe der Leistungen

Es gilt eine Versicherungssumme von 5.000 EUR. Die Höhe der Leistung errechnet sich aus dieser Versicherungssumme nach den Leistungsprozentsätzen, die gemäß Ziffer 4.2.3 den verletzten Knochen zugeordnet sind.

4.2.3 Leistungsprozentsatz

Schädeldach, Schädelbasis	100 %
Gesichtsschädel (ohne Nasenbein)	30 %
Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	60 %
Schulterblatt, Schlüsselbein, Brustbein, eine oder mehrere Rippen	20 %

Arm einschließlich Hand (ohne Finger)	30 %
Ein Finger oder mehrere Finger	10 %
Becken (ohne Steißbein)	100 %
Steißbein	10 %
Bein einschließlich Fuß (ohne Zehen)	30 %
Eine Zehe oder mehrere Zehen	10 %

Mehrfache Verletzungen eines Knochens werden so behandelt, als wäre nur eine einzige Verletzung eingetreten. Sind mehrere Knochen verletzt, für die insgesamt in der Tabelle ein einziger Leistungsprozentsatz ausgewiesen ist, so wird dieser auch nur einmal für die Leistungsberechnung angesetzt. Sind durch den Unfall mehrere der in der Tabelle aufgeführten Verletzungen entstanden, werden die jeweiligen Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % – maximal 5.000 EUR – werden jedoch nicht angenommen.

4.2.4 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt nicht an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag teil.

4.2.5 Beendigung des Versicherungsschutzes für Knochenbrüche

Diese Leistungen bei unfallbedingten Knochenbrüchen entfallen – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 60 Lebensjahr vollendet.

4.3 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350%-Staffel) – sofern vereinbart

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
 - für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

4.4 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %-Staffel) – sofern vereinbart

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
 - für den 50 %, übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

4.5 Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (700 %-Staffel) – sofern vereinbart

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2 und Ziffer 6 (Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden für die Berechnung der Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme;
 - für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme;
 - für den 50 %, nicht aber 90 % übersteigen den Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme;
 - für den 90 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierzigfache Invaliditätssumme.
- Welcher Prozentsatz sich aus der hier dargestellten progressiven Leistungssteigerung errechnet, haben wir in der Anlage zu diesen Bedingungen dargestellt.

4.6 Hilfeleistungen – sofern vereinbart

4.6.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

4.6.1.1 Hat der Unfall zur Folge, dass die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf, so entsteht Anspruch auf Hilfeleistungen.

4.6.1.2 Die Hilfeleistungen werden für die Dauer erbracht, die die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.6.1.1 hilfsbedürftig ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet.

Die Kinderbetreuung und -versorgung (Ziffer 4.6.2.9), die Haustierversorgung (Ziffer 4.6.2.10) und die Krankenhaushilfe (Ziffer 4.6.2.11) werden längstens für einen Zeitraum von einer Woche erbracht.

4.6.1.3 Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden.

4.6.1.4 Welche der nachfolgenden Hilfeleistungen beansprucht werden können, richtet sich nach dem Umfang der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person. Wir wählen eine Pflegeeinrichtung/einen Dienstleister aus, die/der mit der Pflege hilfsbedürftiger Personen vertraut ist, und beauftragen diese/diesen mit der Ausführung der notwendigen Hilfeleistungen.

4.6.2 Art und Umfang der Leistungen

4.6.2.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person mit täglich einem Menü aus dem Angebot des Dienstleisters und tragen die Kosten dafür. Die versicherte Person kann Menüs aus einem Menüsortiment frei auswählen.

4.6.2.2 Hausnotruf

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage zur Verfügung gestellt und eingerichtet, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist. Wir übernehmen die hierfür anfallenden Kosten.

4.6.2.3 Unterstützung bei Arzt- und Behörden- gängen bis zu zweimal je Woche

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal je Woche. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und – für Fahrten in einem Umkreis von 25 Kilometern Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person – die für die versicherte Person selbst anfallenden Fahrtkosten, soweit diese nicht durch den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten sind. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometern vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.6.2.4 Besorgungen und Einkäufe bis zu zweimal je Woche

Hierzu zählen

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge),
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie
- gegebenenfalls Wäsche zur Reinigung bringen und abholen.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung tragen Sie.

4.6.2.5 Reinigung der Wohnung einmal je Woche Hierzu zählt das Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche). Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

4.6.2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung einmal pro Woche

Hierzu zählen

- das Waschen und Trocknen,
- das Bügeln,
- das Ausbessern,
- das Sortieren und Einräumen sowie
- die Schuhpflege.

4.6.2.7 Körperpflege

Die versicherte Person erhält entsprechend dem Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit folgende Leistungen:

4.6.2.7.1 Ganzwaschung

- Waschen, Duschen, Baden
- Mund-, Zahn- und Lippenpflege
- Rasieren
- Hautpflege
- Haarpflege (Kämmen, gegebenenfalls Waschen)
- Nagelpflege
- An- und Auskleiden einschließlich An- und Ablegen von Körperersatzstücken
- Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches

4.6.2.7.2 Teilwaschung

- Teilwaschung (z. B. Intimbereich)
- Mund-, Zahn- und Lippenpflege
- Rasieren
- Hautpflege
- Haarpflege (Kämmen, gegebenenfalls Waschen)
- Nagelpflege
- An- und Auskleiden einschließlich An- und Ablegen von Körperersatzstücken
- Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches

4.6.2.8 Besteht Anspruch auf Leistung aus der Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetz- buch XI, dann hat die versicherte Person Anspruch auf folgende Leistungen:

Gespräch zur Feststellung der Pflegeprobleme

- (vor Aufnahme der Pflege)
- Feststellung der Pflegeprobleme
- Feststellung der Ressourcen des Pflegebedürftigen
- Planung der Pflegeeinsätze
- Gespräch mit Angehörigen/Arzt
- Informationen über weitere Hilfen
- inkl. Hausbesuchspauschale

4.6.2.9 Kinderbetreuung und –versorgung

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung.

4.6.2.9.1 Voraussetzung für die Kinderbetreuung und –versorgung

- Im Haushalt der versicherten Person leben Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls
 - das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
 - in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

- Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 a) zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung gemäß Ziffer 4.6.2.9.2 nach dem individuellen Bedarf. Dabei berücksichtigen wir,
 - was die versicherte Person vor dem Unfall üblicherweise an Leistungen erbracht hat und unfallbedingt nicht mehr erbringen kann und
 - was nach den Grundbedürfnissen eines Kindes vergleichbaren Alters, Entwicklungsstands und Gesundheitsstands notwendig und üblich ist.

Zusätzlich berücksichtigen wir, inwieweit andere Haushaltsmitglieder den Bedarf an einzelnen Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung in zumutbarer Weise abdecken können. Als zumutbar gelten Leistungen, soweit diesen nicht berechnete Interessen (z. B. Ausübung der Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung) der Haushaltsmitglieder entgegenstehen.

4.6.2.9.2 Leistungen der Kinderbetreuung und -versorgung

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 a).

- Kinderbetreuung und –versorgung
Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung). Wir versorgen die Kinder in den Bereichen
 - Körperpflege,
 - Ernährung,
 - Kleiden und Bettenjeweils in ihrem häuslichen Umfeld durch eine Betreuungsperson (Kinderversorgung).

Die Betreuungsperson steht – sofern notwendig – bis zu 24 Stunden am Tag zur Verfügung; ausreichende Ruhezeiten sind zu berücksichtigen. Dabei muss die Betreuungsperson im Haushalt der versicherten Person, wenn möglich in einem eigenen Zimmer, untergebracht werden.

b) Mobilitätsleistung

Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu

- der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule,
- Vereinssportveranstaltungen sowie organisierten und entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
- Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen,

in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Aufenthaltsort der versicherten Person. Wir übernehmen die Kosten der Begleitung und die für die Kinder selbst anfallenden Fahrtkosten. Sind Fahrten erforderlich, die über den Umkreis von 25 Kilometern vom Aufenthaltsort der versicherten Person hinausgehen, ist zur Klärung einer Übernahme der Fahrtkosten eine vorherige Abstimmung mit uns erforderlich.

4.6.2.9.3 Dauer der Leistung

- Wir erbringen die Leistungen der Kinderbetreuung und –versorgung (Ziffer 4.6.2.9.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.6.2.9.1 b) nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von einer Woche vom Unfalltag an gerechnet.

Sind für die versicherte Person Leistungen der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz im Umfang der Ziffer 4.7.

- Sofern Leistungen von gesetzlichen Sozialversicherungsträgern übernommen werden, leisten wir nur für die darüber hinaus anfallenden Kosten.

4.6.2.9.4 Obliegenheiten

Ergänzend zur Ziffer 10 gilt folgende Obliegenheit:

- Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe unverzüglich nach dem Unfall bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen.
- Wird diese Obliegenheit schuldhaft verletzt, können wir nach Maßgabe der Regelungen der Ziffer 11 zur Kürzung der Leistung oder zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei sein.

4.6.2.10 Versorgung von Haustieren

Befindet sich die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfall für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder verstirbt die versicherte Person unfallbedingt und ist keiner von deren Mitbewohnern physisch in der Lage, die Versorgung der im Haushalt der versicherten Person befindlichen Haustiere zu übernehmen, vermitteln bzw. veranlassen wir auf Ihren Wunsch für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes die Versorgung der Haustiere und übernehmen die dabei anfallenden Kosten bis maximal 25 EUR je Tag, längstens jedoch für den Zeitraum von einer Woche.

Als Haustiere gelten nur die Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in rechtlich zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden. Nicht als Haustiere gelten dementsprechend wilde und exotische Tiere (wie z. B. Schlangen, Spinnen).

4.6.2.11 Krankenhaushilfe

Wird die versicherte Person unmittelbar nach einem Unfall in einem Krankenhaus stationär aufgenommen, sorgen wir auf Wunsch dafür, dass

- die Personen, die Sie uns benannt haben bzw. nennen, über den Krankenhausaufenthalt informiert werden;
- die Haus-/Wohnungsschlüssel abgeholt werden;

- eine erste Ausstattung mit den nötigsten Dingen aus der Wohnung der versicherten Person ins Krankenhaus gebracht wird; Hierzu zählen z. B. ausreichend Kleidung, Produkte zur Körperpflege und persönlichen Hygiene, persönliche Hilfsmittel (z. B. Brille, Hörgerät, Gehhilfe), persönliche Dinge, die den Klinikaufenthalt angenehmer gestalten (z. B. Bücher, Illustrierte, Musik).
- an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes der Briefkasten der Wohnung der versicherten Person geleert und die Post ins Krankenhaus gebracht wird und
- an zwei Tagen der ersten Woche des Krankenhausaufenthaltes die Pflanzen in der Wohnung der versicherten Person gegossen werden.

Wir übernehmen die für die Ausführung dieser Leistungen angefallenen Kosten, längstens für die erste Woche des Krankenhausaufenthaltes.

4.6.3 Hilfeleistungen für pflegebedürftige Ehe-/Lebenspartner und Verwandte 1. Grades

4.6.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen

4.6.3.1.1 Betreut die versicherte Person ihren Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, dann erbringen wir die Hilfeleistungen im Rahmen der Ziffern 4.6.1 und 4.6.2.1 bis 4.6.2.8 sowie Ziffer 4.6.4 auch für diese Person (Pflegebedürftiger).

Voraussetzung ist, dass für den Pflegebedürftigen vor dem Unfallereignis eine Pflegestufe/Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung anerkannt wurde, die zum Unfallzeitpunkt noch bestand.

4.6.3.1.2 Erhält der Pflegebedürftige zum Unfallzeitpunkt Sachleistungen (vollumfänglich oder teilweise) von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, erbringen wir die Hilfeleistungen nur, soweit diese nicht von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erbracht werden.

4.6.3.1.3 Besteht für die versicherte Person über diesen Vertrag kein Versicherungsschutz für das Unfallereignis, so kann auch für den Pflegebedürftigen keine Leistung beansprucht werden.

4.6.3.2 Dauer der Leistung

Die Hilfeleistungen für den Pflegebedürftigen werden solange erbracht, wie die versicherte Person unfallbedingt dazu nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Unfall der versicherten Person.

4.6.4 Fälligkeit der Hilfeleistungen

Haben Sie uns gegenüber die Hilfsbedürftigkeit schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen.

Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Hilfeleistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung von Hilfeleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Hilfeleistungen.

4.6.5 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen

Die Regelungen der Ziffer 6 gelten nicht für die Hilfeleistungen.

4.6.6 Beitragsanpassung

4.6.6.1 Prüfung der Beiträge für die Hilfeleistungen
Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Hilfeleistungen beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.6.6.2 Regeln der Prüfung

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:
a) Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

b) Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.
c) Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.6.6.3 Beitragserhöhung

Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Hilfeleistungen als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Hilfeleistungen bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.6.6.4 Beitragsermäßigung

Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Hilfeleistungen als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.6.6.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge
Sind die ermittelten Beiträge für die Hilfeleistungen bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Hilfeleistungen bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.6.6.6 Kündigung bei Beitragserhöhung

Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.6.6.1 den Beitrag für die Hilfeleistungen, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6.7 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

4.6.7 Kündigung der Mitversicherung der Hilfeleistungen

Sie können die Vereinbarung über die Mitversicherung der Hilfeleistungen jederzeit ohne besondere Frist zum Ablauf eines jeden Versicherungsmonats kündigen. Wir können die Mitversicherung der Hilfeleistungen unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform kündigen.

4.7 Familienhilfe – sofern vereinbart

Wir erbringen im Rahmen der nachstehenden Regelungen Leistungen der Familienhilfe.

4.7.1 Voraussetzung für die Familienhilfe

4.7.1.1 Im Haushalt der versicherten Person leben Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls

- das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder
- in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens dauerhaft der Hilfe bedürfen.

4.7.1.2 Führt ein unter den Vertrag fallender Unfall zum Tod der versicherten Person, zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart, dass sie nicht mehr in der Lage ist, die in ihrem Haushalt lebenden Kinder im Sinne der Ziffer 4.7.1.1 zu betreuen oder zu versorgen, erbringen wir Leistungen der Familienhilfe.

Nach dem individuellen Bedarf erbringen wir Leistungen aus der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7.2 und berücksichtigen dabei,

- was die versicherte Person vor dem Unfall üblicherweise an Leistungen erbracht hat und unfallbedingt nicht mehr erbringen kann und
- was nach den Grundbedürfnissen eines Kindes vergleichbaren Alters, Entwicklungsstands und Gesundheitsstands notwendig und üblich ist.

Dabei berücksichtigen wir auch, inwieweit andere Haushaltsmitglieder den Bedarf an einzelnen Leistungen der Familienhilfe in zumutbarer Weise abdecken können. Als zumutbar gelten Leistungen, soweit diesen nicht berechnete Interessen (z. B. Ausübung der Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung) der Haushaltsmitglieder entgegenstehen. Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Wir wählen einen Dienstleister aus, der in unserem Auftrag die folgenden Serviceleistungen erbringt.

4.7.2 Leistungen der Familienhilfe

Soweit nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist, gelten die folgenden Leistungen für Kinder im Sinne der Ziffer 4.7.1.1.

4.7.2.1 Kinderbetreuung und -versorgung

Wir beaufsichtigen die Kinder – auch bei der Erledigung von Hausaufgaben (Kinderbetreuung).

Wir versorgen die Kinder in den Bereichen

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Kleiden und Betten

jeweils in ihrem häuslichen Umfeld durch eine Betreuungsperson (Kinderversorgung).

Die Betreuungsperson steht – sofern notwendig – bis zu 24 Stunden am Tag zur Verfügung; ausreichende Ruhezeiten sind zu berücksichtigen. Dabei muss die Betreuungsperson im Haushalt der versicherten Person, wenn möglich in einem eigenen Zimmer, untergebracht werden.

4.7.2.2 Leistungen der Haushaltsführung

Erbringen wir Leistungen zur Kinderversorgung, so erbringen wir darüber hinaus – wenn erforderlich – Leistungen in den Bereichen

- Kochen,
- Einkaufen und Besorgungen,
- Wäsche und
- Wohnungsreinigung.

Alle anfallenden Materialkosten (z. B. für Lebens- oder Reinigungsmittel, Strom, Wasser, etc.) tragen Sie.

4.7.2.3 Mobilitätsleistung

Falls erforderlich, begleiten wir die Kinder von bzw. zu

- der Tagesstätte, Tagesmutter, Kindergarten, Schule,
- Vereinssportveranstaltungen sowie organisierten und entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
- Arztterminen und vom Arzt verordneten Anwendungen,

in einem Umkreis von 25 km Entfernung vom Haushalt der versicherten Person. Die für die Kinder selbst anfallenden Fahrtkosten tragen Sie.

4.7.2.4 Körperpflege

Entspricht die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person mindestens der Pflegestufe 1* gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegepflichtversicherung), so kann die Betreuungsperson bei Bedarf auch die Körperpflege der versicherten Person im folgenden Umfang übernehmen:

- Ganzwaschung
 - Waschen, Duschen, Baden
 - Mund-, Zahn- und Lippenpflege
 - Rasieren
 - Hautpflege
 - Haarpflege (Kämmen, gegebenenfalls Waschen)
 - Nagelpflege
 - An- und Auskleiden einschließlich An- und Ablegen von Körpersatzstücken
 - Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches
- Teilwaschung
 - Teilwaschung (z. B. Intimbereich)
 - Mund-, Zahn- und Lippenpflege
 - Rasieren
 - Hautpflege
 - Haarpflege (Kämmen, gegebenenfalls Waschen)
 - Nagelpflege
 - An- und Auskleiden einschließlich An- und Ablegen von Körpersatzstücken
 - Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereiches

4.7.3 Dauer der Leistung

4.7.3.1 Wir erbringen die Leistungen der Familienhilfe (Ziffer 4.7.2) solange und soweit die versicherte Person dazu im Sinne der Ziffer 4.7.1.2 Abs. 1 nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von vier Wochen vom Unfalltag an gerechnet.

Sind für die versicherte Person Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6 vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht über diese Regelungen hinaus Versicherungsschutz im Umfang der Ziffer 4.6.

4.7.3.2 Sofern Leistungen von gesetzlichen Sozialversicherungsträgern übernommen werden, leisten wir nur für die darüber hinaus anfallenden Kosten.

4.7.4 Obliegenheiten

Ergänzend zur Ziffer 10 gilt folgende Obliegenheit:

4.7.4.1 Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert oder handelt es sich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Antrag auf Bewilligung einer Haushaltshilfe unverzüglich nach dem Unfall bei dem zuständigen Sozialversicherungsträger zu stellen.

4.7.4.2 Wird diese Obliegenheit schuldhaft verletzt, können wir nach Maßgabe der Regelungen der Ziffer 11 zur Kürzung der Leistung oder zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei sein.

4.7.5 Fälligkeit der Familienhilfe

Haben Sie uns gegenüber den Bedarf für versicherte Leistungen schlüssig dargelegt, werden wir die notwendigen Leistungen gemäß Ziffer 4.7.2 unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen. Wegen der in Ihrem Interesse liegenden gebotenen Eilbedürftigkeit kann vor Beginn der Leistungen nicht immer abschließend geprüft werden, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung der Leistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Leistungen.

4.7.6 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen

Die Regelungen der Ziffer 6 gelten nicht für die Familienhilfe.

4.7.7 Beitragsanpassung

4.7.7.1 Prüfung der Beiträge für die Familienhilfe
Wir sind berechtigt, mindestens einmal im Kalenderjahr bei bestehenden Verträgen zu prüfen, ob die Beiträge für die Familienhilfe beibehalten werden können oder eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung ist es, eine sachgemäße Berechnung der Beiträge und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

4.7.7.2 Regeln der Prüfung

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

- Wir wenden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
- Wir sind berechtigt, Veränderungen der seit der letzten Festsetzung der Beiträge tatsächlich eingetretenen Schaden- und Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Bei steigenden Kosten berücksichtigen wir nur – bei Vertragsschluss nicht vorhersehbare – Erhöhungen der Verwaltungskosten, höhere Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen und Steuererhöhungen. Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.
- Wir sind berechtigt, auch statistische Erkenntnisse des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und Ermittlungen eines von uns gegebenenfalls beauftragten unabhängigen Treuhänders zu berücksichtigen.

4.7.7.3 Beitragserhöhung

Ergibt die Prüfung höhere Beiträge für die Familienhilfe als die bisherigen, sind wir berechtigt, sie um die Differenz anzuheben. Geringfügige Anpassungen von bis zu 5 % des Jahresbeitrages für die Familienhilfe bleiben unberücksichtigt, wobei wir in Folgejahren diese Grenze vortragen können.

4.7.7.4 Beitragsermäßigung

Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge für die Familienhilfe als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

4.7.7.5 Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge

Sind die ermittelten Beiträge für die Familienhilfe bei bestehenden Verträgen höher als die Beiträge für die Familienhilfe bei neu abzuschließenden Verträgen und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Versicherungsumfang, können wir auch für die bestehenden Verträge nur die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

4.7.7.6 Kündigung bei Beitragserhöhung

Erhöhen wir auf Grund unseres Beitragsanpassungsrechts nach Ziffer 4.7.7.1 den Beitrag für die Familienhilfe, können Sie die Vereinbarung über die Mitversicherung der Familienhilfe gemäß Ziffer 4.7.8 kündigen. Wir teilen Ihnen die Beitragserhöhung spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mit und weisen Sie auf Ihr Kündigungsrecht hin.

4.7.8 Kündigung der Mitversicherung der Familienhilfe

Sie können die Vereinbarung über die Mitversicherung der Familienhilfe jederzeit ohne besondere Frist zum Ablauf eines jeden Versicherungsmonats kündigen. Wir können die Vereinbarung über die Mitversicherung der Familienhilfe unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform kündigen.

4.8 Privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall

– sofern vereinbart

4.8.1 Versicherungsfähigkeit

Der Zusatzbaustein "privatärztliche Behandlung in einem in Deutschland gelegenen Krankenhaus nach einem Unfall" kann für versicherte Personen vereinbart werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

4.8.2 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung

4.8.3 Erstattungsfähige Aufwendungen/Höhe der Leistung

Wir erstatten

- die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen, die die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorsieht. Honorarvereinbarungen mit Ärzten werden von uns nicht anerkannt.
- den Zuschlag für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

Weitere Kosten, insbesondere für allgemeine Krankenhausleistungen, sind nicht versichert.

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre

Sie haben die freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leistung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) - vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

4.8.4 Unfall und Behandlung im Ausland

Außerhalb Deutschlands wird bei Vorliegen der Voraussetzung von Ziffer 4.8.2 ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe von 30 EUR pro Tag für bis zu 12 Monate gezahlt.

* ab 01.01.2017: Pflegegrad 2 gemäß Pflegeförderungsrecht II (PSG II)

5 Familien-Vorsorgeversicherung

5.1 Voraussetzung für die Mitversicherung

Sind Sie als Versicherungsnehmer zugleich versicherte Person, so ist, wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages die Ehe schließen, Ihr Ehegatte gemäß Ziffern 5.2 und 5.3 vorübergehend ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert, sofern uns dieses Ereignis innerhalb von drei Monaten angezeigt wird. Das Gleiche gilt, wenn ein Kind geboren wird oder wenn ein Kind adoptiert wird.

5.2 Beginn, Dauer und Höhe des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz nach Ziffer 5.1 beginnt für den Ehegatten mit der Eheschließung, für leibliche Kinder mit der Vollendung der Geburt und für adoptierte Kinder mit der Rechtswirksamkeit der Adoption; er gilt für die Dauer von einem Jahr. Der Ehegatte und die leiblichen oder adoptierten Kinder sind jeweils mit 50 % der für Sie vereinbarten Versicherungssummen für den Invaliditätsfall versichert, maximal jedoch mit den nachstehenden Versicherungssummen:
50.000 EUR für die Leistungsart Invaliditäts-Kapitalleistung und
500 EUR für die Leistungsart Unfallrente.

5.3 Ausgeschlossene Leistungserweiterungen

Sind für Sie Leistungserweiterungen gemäß Ziffer 4 vereinbart (beispielsweise Progressions- und Mehrleistungsmodelle), oder eine individuelle Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1.2, so gelten diese nicht für den Ehegatten und die Kinder. Die unter Ziffer 3 genannten Leistungsarten gelten ebenfalls nicht für diese Familien-Vorsorgeversicherung.

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

6.1 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 Gelenkerkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung

6.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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 Invaliditätsgrades.
- bei der Todesfallleistung 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 Rheumakrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %.

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

Ausnahmen:

Diese Regelungen werden nicht angewendet in den Fällen

- von nicht oder falsch verabreichten Medikamenten infolge Entführung/Geiselnahme gemäß Ziffer 1.4.6;
- der Hilfeleistungen gemäß Ziffer 4.6;
- der Familienhilfe-Serviceleistungen gemäß Ziffer 4.7.

7 Welche Personen sind nicht versicherbar?

7.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung.

7.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 7.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

7.3 Der für diese Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

8 Was ist nicht versichert?

8.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

8.1.1 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 (Blutalkoholgehalt von 1,3 oder mehr Promille) mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*
- *balanciert auf Grund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn
- a) die Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit verursacht ist; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt;
 - b) die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten hervorgerufen wird; Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Medikamente entsprechend den Anweisungen des Arztes eingenommen wurden.
 - c) die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde; die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

d) die Bewusstseinsstörung oder der Anfall durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1 verursacht wurde, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

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.

e) die Bewusstseinsstörung durch die unfreiwillige Verabreichung von sogenannten K.-o.-Tropfen verursacht wurde.

f) die Bewusstseinsstörung durch Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln und dem Einschlafen infolge einer Übermüdung verursacht wurde.

Die Ausschlüsse gemäß Ziffer 8.1.1 werden wir nicht anwenden für eine vereinbarte Todesfallleistung. Dies gilt bis zu einem Betrag von 5.000 EUR. Voraussetzung hierfür ist, dass beim Lenken von Kraftfahrzeugen kein Blutalkoholgehalt von 1,3 Promille erreicht wird.

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

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

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

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

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

– Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

– Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

Vorstehende Ausnahmen gelten 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.

8.1.4 Unfälle der versicherten Person

– **als Führer eines Luftfahrzeuges** oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

Beispiel:

Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

– **als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,**

Beispiel:

Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

– **bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuüben sind.**

Beispiel:

Lufftograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

Ausnahmen:

Es besteht Versicherungsschutz als Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist sowie als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen. Ebenso bieten wir Versicherungsschutz beim Kitesurfen.

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.

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

Ausnahmen:

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle

- bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie Sicherheitstrainings),
- infolge von einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor- oder Crosskart-Anlage, wobei es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Diese Erweiterung gilt innerhalb Europas.

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

8.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

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

Ausnahme

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

8.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

- Röntgenstrahlen,
 - Laserstrahlen,
 - Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
 - künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
 - energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt,
- soweit sie nicht als Folge des regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

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

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

- Das Schneiden/Feilen/Abschmirgeln von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut,
- die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

Beispiel:

Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln.

Ein Behandlungsfehler oder eine Infektion durch die Behandlung führt dabei zu weiteren Schädigungen.

8.2.4 Infektionen.

8.2.4.1 Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

- Insektenstiche und andere Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Wird auf Grund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.
- Versicherungsschutz besteht für:
 - folgende Infektionskrankheiten: Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Typhus, Windpocken;
 - folgende weitere Infektionskrankheiten: Borreliose, FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Tularämie (Hasenpest);
 - Impfschäden bei Schutzimpfungen;
 - Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut;
 - Infektionen durch Tierbisse;
 - Infektionen, auch Wundinfektionen und Blutvergiftungen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sind, in den Körper gelangten(Definition: Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.);
- Hat ein Unfall nur geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen zur Folge, besteht Versicherungsschutz nur, wenn uns das ursächliche Unfallereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wird.

Für a) und g) gilt:

Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden besteht ausschließlich für die Leistungsarten Invaliditäts-Kapitalleistung (Ziffer 2.1.2) und Unfallrente (Ziffer 2.1.3),

für a), b), c) und g) gilt:

Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden besteht, wenn die erstmalige Diagnose der Erkrankung durch einen Arzt frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines erfolgt.

8.2.4.1.1 Die in diesen Versicherungsbedingungen bei den einzelnen Leistungsarten (Ziffer 2) genannten Fristen beginnen in den Fällen der Ziffer 8.2.4.1 a) bis g) nicht mit dem Unfall (z. B. mit dem Zeitpunkt des Insektenstichs), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

8.2.4.2 Für Angehörige bestimmter Berufsgruppen im Heilwesen gilt folgender erweiterter Versicherungsschutz für Infektionen:

8.2.4.2.1 Für Unfallversicherungen von

- Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahntechnikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern,
- Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, Krankenpflegepersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenschwester, Krankenpflegehelfer/in),
- Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde

gilt:

a) Voraussetzungen für die Leistung:

- aa) Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
- bb) Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der nachfolgend bestimmten Arten in den Körper gelangt sind:
 - durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
 - durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind, gilt: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.

b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

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

8.2.4.2.2 Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren gilt:

a) Voraussetzungen für die Leistung:

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

bb) Aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der nachfolgend bestimmten Arten in den Körper gelangt sind:

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

cc) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich Zu-Stande-Kommen und Berufskrankheiten sind.

b) Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.2 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt

und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

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

Beispiele:

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

Ausnahme

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht:

Wir leisten jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine

- durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder
- durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

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

9.1 Umstellung des Kindertarifs

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene.

Über den neuen Beitrag werden wir Sie rechtzeitig vor diesem Zeitpunkt informieren. Sie können der mit der Tarifänderung verbundenen Beitragsänderung innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unserer Information über die Umstellung in Textform widersprechen.

Ohne fristgerechten Widerspruch gilt die Beitragsänderung als genehmigt. Hierauf werden wir Sie in unserer Information besonders hinweisen.

Im Fall Ihres fristgerechten Widerspruchs wird der Vertrag mit dem bisherigen Beitrag fortgesetzt und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

9.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrages im Erwachsenen-Tarif 1 (18 bis einschließlich 67 Jahre) hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. Sie finden das Verzeichnis im Internet unter berufe-uv.barmenia.de

9.2.1 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.

9.2.1.1 Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich und wird bei Erkennen dieser Pflichtverletzung die Anzeige unverzüglich nachgeholt, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme gemäß Ziffer 9.2.3 nicht ein. Ist die neue Beschäftigung nach Ziffer 9.2.2 nicht versicherbar, endet der Vertrag – auch unabhängig von einer Nachholung der Anzeige – rückwirkend mit Beendigung des bisherigen Berufes.

9.2.1.2 Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist.

Beispiel:

In einem Kleinbetrieb muss ein Büro-Sachbearbeiter zweimal jährlich für 2-3 Wochen einen Lagerarbeiter vertreten.

9.2.2 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben:

- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler
- Berufstaucher (z. B. Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Dompteur
- Feuerwerker
- Fluglehrer (auch Lehrer für Drachenflug, Paragliding etc.)
- Flugpersonal (Besatzungsmitglieder)
- Lehrer für das Fallschirmspringen
- Mitglieder von Munitionssuch- und -räumtruppen
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Piloten
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntmen
- Test-/Versuchsfahrer/Werksfahrer
- Tierbändiger

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/Beschäftigung gemäß Ziffer 9.2.2 aufnimmt und damit nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung.

9.2.3 Auswirkungen der Änderung
Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem 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.

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

9.2.5 Wegfall von Berufsgruppen
Ab 68 Jahre (= Erwachsenen-Tarif 2) hängt die Höhe des Beitrages nicht mehr von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Für versicherte Personen, die während der Laufzeit des Vertrages 68 Jahre alt werden, wird der Beitrag zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres gemäß des Erwachsenen-Tarifs 2 neu berechnet.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in den Ziffern 2 bis 4 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.

10.1 Arztpflicht

Nach einem Unfall müssen Sie oder die versicherte Person einen Arzt hinzuziehen und uns Mitteilung machen.

Schienen die Unfallfolgen zunächst geringfügig zu sein oder wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.

Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

10.2 Vollständige und wahre Auskunft

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

10.3 Ärztliche Untersuchung/ Kosten/ Verdienstaufschlag

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.

Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaufschlag nicht konkret nachgewiesen, erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 1,5 % der für die versicherte Person geltenden Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung, höchstens jedoch 300 EUR pro Unfallereignis. Ist für die versicherte Person als Invaliditätsleistung nur eine Unfallrente (Ziffer 2.1.3) vereinbart, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 15 % eines Monatsrentenbetrages, höchstens 500 EUR pro Unfallereignis.

10.4 Schweigepflichtentbindung

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.

10.5 Meldepflicht bei Tod durch Unfall

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von einer Woche zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Frist beginnt, sobald Sie oder die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person und der Möglichkeit der Unfallursächlichkeit haben.

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

11 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 10 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.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

- wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben,
- wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde.

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.

12 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:

12.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 10.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

12.2 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.

12.3 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. Ist keine Todesfallsumme vereinbart, kann ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 10.000 EUR verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

12.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

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

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

Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens – drei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch Sie oder durch uns, – fünf Jahre nach dem Unfall bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

12.4.2 Das Verlangen einer Neubemessung können

- Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 12.4.1 oder
- wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 12.1 aussprechen.

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

Die Versicherungsdauer

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

13.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 14.2 zahlen.

13.2 Dauer und Ende des Vertrages

13.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

13.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

13.2.3 Vertragsbeendigung

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

Während der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit ist die Kündigung ohne Einhaltung einer Frist nur zum Ablauf möglich. Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres können Sie den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist jeweils zum Ende eines Versicherungsmonats in Textform kündigen.

Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform kündigen.

13.3 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 zugegangen 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.

13.4 Ruhen des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlungspflicht bei militärischen Einsätzen

Befindet sich die versicherte Person als Berufs- oder Zeitsoldat auf einem Auslandseinsatz, so besteht während dieser Zeit kein Versicherungsschutz und keine Verpflichtung zur Beitragszahlung.

Ausnahmen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht:

- Beim Auslandseinsatz wird nur humanitäre Hilfe oder Katastrophenhilfe geleistet oder
- es handelt sich um (Wehr-)Übungen/Manöver/Reserveübungen.

Der ruhende Versicherungsschutz und die Beitragszahlungspflicht leben wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

13.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Der Versicherungsbeitrag

14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

14.1 Beitrag und Versicherungsteuer

14.1.1 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.

14.1.2 Versicherungsteuer

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

14.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

14.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Wenn Sie den Versicherungsschein erhalten, wird der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen zur Zahlung fällig. Ist für die Zahlung ein anderer, späterer Fälligkeitszeitpunkt vereinbart und im Versicherungsschein angegeben und obige Frist von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins abgelaufen, so ist der Beitrag unverzüglich zum vereinbarten Zeitpunkt zu zahlen.

14.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten oder einmaligen 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.

14.2.3 Zahlung bei abweichendem Versicherungsschein

Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

14.2.4 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen 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.

14.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

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

14.3.2 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 14.3.3).

14.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen (Mahnung). 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 14.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

14.3.4 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.

Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Hierauf weisen wir Sie bei der Kündigung ausdrücklich hin.

14.4 SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/Rechtzeitigkeit der Zahlung/Kündigungsrecht bei Widerruf

14.4.1 Pflichten des Versicherungsnehmers

a) Voraussetzung und Geschäftsgrundlage für den Abschluss und den Fortbestand des Versicherungsvertrages ist, dass wir von Ihnen oder von einer anderen Person zum Einzug des jeweils fälligen Beitrages von Ihrem bzw. deren Bankkonto im Wege des SEPA-Lastschriftverfahrens ermächtigt wurden und diese Ermächtigung aufrechterhalten wird. Zur Sicherstellung des erfolgreichen Beitragseinzugs im SEPA-Lastschriftverfahren haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass Ihr Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages eine ausreichende Deckung aufweist.
b) Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

14.4.2 Kündigungsrecht bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandates

Wird das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.

14.4.3 Änderung des Zahlungsweges

Kann der fällige Beitrag mangels Kontodeckung nicht abgebucht werden oder wird eine Lastschrift von dem/der Kontoinhaber/in bzw. deren Bankinstitut trotz korrekter Abbuchung zurückgegeben, sind wir hinsichtlich der offenen und zukünftig fällig werdenden Beiträge berechtigt, von Ihnen die Beitragszahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Begleichung der rückständigen sowie zukünftig fällig werdenden Beiträge auf einem alternativen Zahlungsweg erst verpflichtet, wenn Sie hierzu von uns in Textform aufgefordert wurden. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können wir Ihnen in Rechnung stellen.

14.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

14.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

14.6.1 Voraussetzung

Die Versicherung der im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder wird – sofern der Vertrag noch nicht gekündigt war – beitragsfrei weitergeführt, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages

a) durch Unfall oder Krankheit sterben (nicht aber infolge eines Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisses) oder

b) einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50 % führt.

Voraussetzung für eine beitragsfreie Versicherung gemäß a) ist, dass Sie bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

14.6.2 Versicherungsumfang und Dauer

Die beitragsfreie Versicherung gilt mit dem Leistungsumfang der zum Zeitpunkt des Todes oder der Feststellung des Invaliditätsgrades von mindestens 50 % gültig war und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahres bestehen, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

14.6.3 Neuer Versicherungsnehmer

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird im Fall der Ziffer 14.6.1 a) neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

14.6.4 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Ehegatten/Lebenspartnern

Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebenspartner, der mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt und unter Ihrer Anschrift gemeldet ist, versichert, gilt die beitragsfreie Versicherung auch für diesen. Die beitragsfreie Versicherung für den Ehegatten oder Lebenspartner endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes. Sind sowohl Ihr Ehegatte als auch Ihr Lebensgefährte über diesen Vertrag versichert, so wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – die Versicherung des Ehegatten beitragsfrei weitergeführt.

14.7 Tarifstufen (altersabhängig)

14.7.1 Kinder-Tarif

Der Kinder-Tarif gilt für Personen von 0 bis einschließlich 17 Jahren.

14.7.2 Erwachsenen-Tarife

Der Erwachsenen-Tarif ist in verschiedene Tarifstufen aufgeteilt. Ausschlaggebend ist jeweils das Alter der versicherten Person:

- Erwachsenen-Tarif 1: für Personen von 18 bis einschließlich 67 Jahren (mit Zu- oder Abschlägen für berufliche Tätigkeiten (Ziffer 9.2), individuelle Gliedertaxe Ziffer (2.1.2.2.1.2) möglich),
- Erwachsenen-Tarif 2: für Personen von 68 bis einschließlich 74 Jahren,
- Erwachsenen-Tarif 3: für Personen von 75 bis einschließlich 79 Jahren,
- ab 80 Jahren ist der Abschluss einer Unfallversicherung nicht mehr möglich.

14.7.3 Umstufung von bestehenden Versicherungen

Sobald die versicherte Person die jeweils nächste Tarifstufe erreicht, wird der Beitrag ab der darauf folgenden Hauptfälligkeit nach der dann gültigen Tarifstufe berechnet.

Beispiel:

Die versicherte Person hat mit 60 Jahren die Unfallversicherung abgeschlossen und wird jetzt 68 Jahre alt.

Ab dem nächsten Versicherungsjahr wird der Beitrag nach dem teureren Erwachsenen-Tarif 2 berechnet.

- *Zuschläge oder Nachlässe auf Grund der Berufstätigkeit entfallen ab diesem Zeitpunkt.*
- *Eine ggf. nach Ziffer 2.1.2.2.1.2 vereinbarte individuelle Gliedertaxe entfällt, dafür wird die Standard-Gliedertaxe Top-Schutz zu Grunde gelegt. Senkungen einzelner Invaliditätsgrade wirken sich nach dem dann*

geltenden Tarif beitragsmindernd, Erhöhungen beitragssteigernd aus.

Zusätzlich zu den in Ziffer 14.7.2 genannten Erwachsenen-Tarifen gibt es für bestehende Verträge noch zwei weitere Tarifstufen:

- für die Fälligkeiten nach dem 80. Geburtstag,
- für die Fälligkeiten nach dem 85. Geburtstag.

14.7.4 Ihre Kündigungsmöglichkeit nach Beitragserhöhungen oder Recht auf Reduzierung der Versicherungssummen

Wir werden Sie jeweils rechtzeitig in Textform über die Veränderung des Beitrages und über Ihr Änderungs-/Kündigungsrecht informieren. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Weitere Regelungen

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

15.1 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.

15.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

15.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

16.1 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 anzuzeigen. 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.

16.2 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.

16.2.1 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.

16.2.2 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.

16.2.3 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 14.1.1) 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.

16.3 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.

16.4 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 bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

16.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 16.1 bis 16.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

17 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

17.1 Gesetzliche Verjährung

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

17.2 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.

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

18.1 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.

18.2 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.

19 Bedingungsänderung

Wir sind berechtigt, einzelne Regelungen dieser Unfallversicherungsbedingungen mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn die Voraussetzungen nach den Ziffern 19.1 bis 19.3 erfüllt sind:

19.1 Unwirksamkeit einzelner Regelungen

Die Regelung in diesen Unfallversicherungsbedingungen ist unwirksam geworden durch folgende Ereignisse:

- ein Gesetz, auf dem die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen, ändert sich oder
- es ergeht höchstrichterliche Rechtsprechung, die den Versicherungsvertrag unmittelbar betrifft oder
- es ergeht eine konkrete, individuelle, uns bindende Weisung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden im Wege eines bestandskräftigen Verwaltungsakts.
- Das gilt auch, wenn eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Regelung in den Unfallversicherungsbedingungen eines anderen Versicherers durch eines der genannten Ereignisse unwirksam geworden ist.

19.2 Störung des Gleichgewichts zwischen Leistung und Gegenleistung

Durch die Unwirksamkeit ist eine Vertragslücke entstanden, die das bei Vertragsschluss vorhandene Gleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße stört, und es besteht keine konkrete gesetzliche Regelung zum Füllen der Lücke.

19.3 Keine Schlechterstellung

Die angepassten Regelungen dürfen Sie als einzelne Bedingungen oder im Zusammenwirken mit anderen Bedingungen des Vertrages nicht schlechter stellen als die bei Vertragsschluss vorhandenen Regelungen.

19.4 Durchführung der Anpassung

Die nach den Ziffern 19.1 bis 19.3 zulässigen Änderungen werden Ihnen in Textform bekannt gegeben und erläutert. Sie finden Anwendung, wenn wir Ihnen die Änderung sechs Wochen vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform auf Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 19.5 hinweisen.

19.5 Kündigung

Machen wir von unserem Recht zur Bedingungsanpassung Gebrauch, können Sie den Vertrag innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung kündigen. Die Kündigung ist sofort wirksam, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bedingungsanpassung.

20 Künftige Bedingungsverbesserungen

Ändert die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die „Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz“ ausschließlich zu Ihren Gunsten, ohne dass dafür ein Zusatzbeitrag berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen ab ihrem Gültigkeitstag auch für diesen Vertrag für alle ab diesem Zeitpunkt neu eintretenden Leistungsfälle.

21 Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren Ihnen, dass die Leistungen die dieser Unfallversicherung zu Grunde liegenden „Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz“ Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Bedingungen (Stand 25.03.2014).

22 Garantie über die Erfüllung der vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ empfohlenen Mindestleistungsstandards

Wir garantieren Ihnen, dass unsere „Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz“ die Mindestleistungsstandards erfüllen, wie sie vom Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ (mit Stand 28.09.2015) empfohlen wurden. (Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften. Der Arbeitskreis empfiehlt Risikoanalysen und Mindestleistungsstandards für die Vermittler.)

23 Welches Gericht ist zuständig?

23.1 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.

23.2 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.

24 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

25 Sanktions-/Embargoklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Anlage zu den Barmenia-Unfallversicherungsbedingungen – Top-Schutz

Sofern Sie für eine Invaliditäts-Kapitalleistung eine progressive Invaliditätsstaffel vereinbart haben, finden sie in dieser Anlage die jeweiligen Tabellen, aus denen Sie ablesen können, welcher Leistungsprozentsatz sich durch die Progression für die jeweiligen Invaliditätsgrade ergibt.

1. Tabelle für die Unfallversicherung mit 350 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.3:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 350 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmenia 350 %-Staffel
1	1	1	51	51	105
2	2	2	52	52	110
3	3	3	53	53	115
4	4	4	54	54	120
5	5	5	55	55	125
6	6	6	56	56	130
7	7	7	57	57	135
8	8	8	58	58	140
9	9	9	59	59	145
10	10	10	60	60	150
11	11	11	61	61	155
12	12	12	62	62	160
13	13	13	63	63	165
14	14	14	64	64	170
15	15	15	65	65	175
16	16	16	66	66	180
17	17	17	67	67	185
18	18	18	68	68	190
19	19	19	69	69	195
20	20	20	70	70	200
21	21	21	71	71	205
22	22	22	72	72	210
23	23	23	73	73	215
24	24	24	74	74	220
25	25	25	75	75	225
26	26	28	76	76	230
27	27	31	77	77	235
28	28	34	78	78	240
29	29	37	79	79	245
30	30	40	80	80	250
31	31	43	81	81	255
32	32	46	82	82	260
33	33	49	83	83	265
34	34	52	84	84	270
35	35	55	85	85	275
36	36	58	86	86	280
37	37	61	87	87	285
38	38	64	88	88	290
39	39	67	89	89	295
40	40	70	90	90	300
41	41	73	91	91	305
42	42	76	92	92	310
43	43	79	93	93	315
44	44	82	94	94	320
45	45	85	95	95	325
46	46	88	96	96	330
47	47	91	97	97	335
48	48	94	98	98	340
49	49	97	99	99	345
50	50	100	100	100	350

2. Tabelle für die Unfallversicherung mit 500 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.4:

Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditäts-grad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmeria 500 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmeria 500 %-Staffel
1	1	1	51	51	108
2	2	2	52	52	116
3	3	3	53	53	124
4	4	4	54	54	132
5	5	5	55	55	140
6	6	6	56	56	148
7	7	7	57	57	156
8	8	8	58	58	164
9	9	9	59	59	172
10	10	10	60	60	180
11	11	11	61	61	188
12	12	12	62	62	196
13	13	13	63	63	204
14	14	14	64	64	212
15	15	15	65	65	220
16	16	16	66	66	228
17	17	17	67	67	236
18	18	18	68	68	244
19	19	19	69	69	252
20	20	20	70	70	260
21	21	21	71	71	268
22	22	22	72	72	276
23	23	23	73	73	284
24	24	24	74	74	292
25	25	25	75	75	300
26	26	28	76	76	308
27	27	31	77	77	316
28	28	34	78	78	324
29	29	37	79	79	332
30	30	40	80	80	340
31	31	43	81	81	348
32	32	46	82	82	356
33	33	49	83	83	364
34	34	52	84	84	372
35	35	55	85	85	380
36	36	58	86	86	388
37	37	61	87	87	396
38	38	64	88	88	404
39	39	67	89	89	412
40	40	70	90	90	420
41	41	73	91	91	428
42	42	76	92	92	436
43	43	79	93	93	444
44	44	82	94	94	452
45	45	85	95	95	460
46	46	88	96	96	468
47	47	91	97	97	476
48	48	94	98	98	484
49	49	97	99	99	492
50	50	100	100	100	500

3. Tabelle für die Unfallversicherung mit 700 % progressiver Invaliditätsstaffel gemäß Ziffer 4.5

Invaliditätsgrad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung		Invaliditätsgrad in %	Leistung in % der Versicherungssumme für die Invaliditäts-Kapitalleistung	
	ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmeria 700 %-Staffel		ohne Progressionsstaffel	Progressionsmodell Barmeria 700 %-Staffel
1	1	1	51	51	105
2	2	2	52	52	110
3	3	3	53	53	115
4	4	4	54	54	120
5	5	5	55	55	125
6	6	6	56	56	130
7	7	7	57	57	135
8	8	8	58	58	140
9	9	9	59	59	145
10	10	10	60	60	150
11	11	11	61	61	155
12	12	12	62	62	160
13	13	13	63	63	165
14	14	14	64	64	170
15	15	15	65	65	175
16	16	16	66	66	180
17	17	17	67	67	185
18	18	18	68	68	190
19	19	19	69	69	195
20	20	20	70	70	200
21	21	21	71	71	205
22	22	22	72	72	210
23	23	23	73	73	215
24	24	24	74	74	220
25	25	25	75	75	225
26	26	28	76	76	230
27	27	31	77	77	235
28	28	34	78	78	240
29	29	37	79	79	245
30	30	40	80	80	250
31	31	43	81	81	255
32	32	46	82	82	260
33	33	49	83	83	265
34	34	52	84	84	270
35	35	55	85	85	275
36	36	58	86	86	280
37	37	61	87	87	285
38	38	64	88	88	290
39	39	67	89	89	295
40	40	70	90	90	300
41	41	73	91	91	340
42	42	76	92	92	380
43	43	79	93	93	420
44	44	82	94	94	460
45	45	85	95	95	500
46	46	88	96	96	540
47	47	91	97	97	580
48	48	94	98	98	620
49	49	97	99	99	660
50	50	100	100	100	700