

Allgemeine Vertragsinformationen

Ihr Vertragspartner

InterRisk Versicherungs-AG Vienna Insurance Group
Carl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden
Postfach 2572, 65015 Wiesbaden
Telefon: 0611/2787-0; Telefax: 0611/2787-222
E-Mail: info@interrisk.de; Internet: www.interrisk.de

Hauptgeschäftstätigkeit:
Anbieter von Schaden- und Unfallversicherungen
Vorstand: Roman Theisen (Vorsitzender), Beate Krost,
Dietmar Willwert, Christoph Wolf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Martin Simhandl
Sitz und Registergericht: Wiesbaden, HRB 8043

Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt erst zustande, wenn Sie einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen und wir diesen annehmen. Unsere Annahme erklären wir durch die Übersendung des Versicherungsscheins oder einer ausdrücklichen Annahmeerklärung.

Widerrufsrecht und Folgen des Widerrufs

Ihre Vertragserklärung können Sie ab der Antragstellung bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief oder Fax) widerrufen.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist bei Versendung per Post zu richten an die InterRisk Versicherungs-AG Vienna Insurance Group, Carl-Bosch-Str. 5, 65203 Wiesbaden. Bei einem Widerruf per Telefax ist dieser an die Faxnummer 0611/2787-222 zu richten.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten den Teil des Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen den gesamten Beitrag.

Vertragsbeendigung

Der Vertrag wird zunächst für einen bestimmten Zeitraum abgeschlossen und verlängert sich über den Ablauftermin hinaus automatisch um jeweils ein Jahr, wenn er nicht von Ihnen oder uns gekündigt wird.

Die Kündigungsbestimmungen sind in § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für das Privatgeschäft (B01) geregelt. Der Vertrag kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung ab Zugang Ihrer Erklärung bei uns oder zu einem von Ihnen gewünschten späteren Zeitpunkt – auch vor dem vereinbarten Ablauftermin – gekündigt werden. Wir können den Vertrag grundsätzlich unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zum vereinbarten Ablauftermin oder zum Ende jedes darauf folgenden Versicherungsjahres kündigen. Nach einem Versicherungsfall kann der Vertrag jedoch auch von uns vorzeitig beendet werden. Auch bei Obliegenheitsverletzungen steht uns unter Umständen ein vorzeitiges Lösungsrecht zu.

Sprache

Wir verkehren mit Ihnen ausschließlich in deutscher Sprache.

Anlaufstellen für Beschwerden

Unser wichtigstes Anliegen ist es, unseren Kunden einen hervorragenden Service zu bieten, und wir sind bestrebt, diesen Service ständig weiter zu verbessern. Sollte uns dennoch einmal ein Fehler unterlaufen, wären wir Ihnen sehr verbunden, wenn Sie uns darauf hinweisen würden. Wir werden den Sachverhalt dann umgehend prüfen.

Sie können sich darüber hinaus auch wenden an den

Verein Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin

Telefon: 0800/3696000
Fax: 0800/3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

in dem unsere Gesellschaft Mitglied ist, oder an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde, die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Telefon: 0228/4108-0
Fax: 0228/4108-1550
E-Mail: poststelle@bafin.de

Inhaltsübersicht

§ 1	Am Vertrag beteiligte Personen	2
§ 2	Vorvertragliche Anzeigepflicht.....	2
§ 3	Beginn des Versicherungsschutzes, Zahlung des ersten Beitrages	2
§ 4	Zahlung des Folgebeitrages	3
§ 5	Lastschriftverfahren.....	3
§ 6	Vertragsdauer, Verlängerung, Kündigung	3
§ 7	Versicherungsjahr, Versicherungsperiode	3
§ 8	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung.....	4
§ 9	Herabsetzung des Beitrages	4
§ 10	Mitteilungen, Anschriftenänderungen.....	4
§ 11	Verjährung	4
§ 12	Meinungsverschiedenheiten, Zuständiges Gericht.....	4
§ 13	Anzuwendendes Recht	4
§ 14	Keine Nachteile gegenüber GDV-Musterbedingungen.....	4
§ 15	Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse.....	4
§ 16	Künftige Bedingungsverbesserungen	4
	Vorbemerkungen zu sämtlichen Privatversicherungsbedingungen..	5
	Verbindliche Erläuterungen zu den B01	5

§ 1 Am Vertrag beteiligte Personen

1. Vertragsparteien

- 1.1 Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.
- 1.2 Wir als Ihr Versicherer erbringen die vertraglich zugesicherten Leistungen.

2. Versicherte Person

- 2.1 Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen zu, auch soweit eine andere Person versichert ist.
- 2.2 Für die Erfüllung der Obliegenheiten aus dem Vertrag sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verantwortlich.

3. Repräsentant

Kenntnis und Verhalten Ihrer Repräsentanten müssen Sie sich zurechnen lassen. Sofern der Vertrag durch eine von Ihnen bevollmächtigte Person abgeschlossen wurde, gilt dies bereits im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 2).

4. Rechtsnachfolger

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

§ 2 Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Anzeige gefahrerheblicher Umstände

- 1.1 Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.
- 1.2 Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme, Fragen im Sinne von Nr. 1.1 stellen.

2. Rücktritt

- 2.1 Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn unser Rücktrittsrecht nach Nr. 3 oder Nr. 4 ausgeschlossen ist.
- 2.2 Sind die Voraussetzungen nur im Hinblick auf einen Teil der Gegenstände oder Personen erfüllt, die durch den Vertrag versichert sind, können wir unser Recht auch für den übrigen Teil ausüben. Dies gilt jedoch nur, wenn anzunehmen ist, dass wir für diesen Teil allein den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätten.

- 2.3 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz jedoch nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

3. Kündigung

Wenn Sie nachweisen, dass Sie die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben, können wir anstelle eines Rücktrittes nach Nr. 2 den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nicht, wenn unser Kündigungsrecht nach Nr. 4 ausgeschlossen ist.

4. Rückwirkende Vertragsanpassung

Unsere Rechte nach Nr. 2 und Nr. 3 sind ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. In diesem Fall werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Sind Sie mit den geänderten Bedingungen nicht einverstanden, können Sie den Vertrag jederzeit mit sofortiger Wirkung kündigen.

5. Ausübung unserer Rechte

- 5.1 Wir können uns auf die Ausübung unserer Rechte nach Nr. 2 bis Nr. 4 nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten oder wenn wir es versäumt haben, Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hinzuweisen.
- 5.2 Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- 5.3 Unsere Rechte erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich verletzt wurde.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, Zahlung des ersten Beitrages

1. Beginn des Versicherungsschutzes

- 1.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Nr. 2 zahlen.
- 1.2 Ist Ihnen bei Antragstellung bekannt, dass ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist, so besteht hierfür kein Versicherungsschutz.

2. Rechtzeitige Zahlung

Der Versicherungsschutz tritt zu dem im Versicherungsschein genannten Vertragsbeginn in Kraft, wenn der erste Beitrag

- a) vor Vertragsbeginn gezahlt wird oder
- b) innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheines gezahlt wird oder
- c) von uns entsprechend § 5 im Lastschriftverfahren eingezogen werden kann.

3. Leistungsfreiheit

Zahlen Sie den ersten Beitrag verspätet, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen aufmerksam gemacht haben. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

4. Rücktritt

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Im Falle des Rücktritts steht uns eine angemessene Geschäftsgebühr zu. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

§ 4 Zahlung des Folgebeitrages

1. Fälligkeit

Die Folgebeiträge sind zum Monatsersten des Beginns jeder Versicherungsperiode fällig.

2. Verzug

2.1 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

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

3. Zahlungsaufforderung

Sind Sie mit der Zahlung in Verzug, werden wir Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrages sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die mit dem Fristablauf verbundenen Rechtsfolgen angeben.

4. Leistungsfreiheit

Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, sofern Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Nr. 3 darauf hingewiesen wurden.

§ 5 Lastschriftverfahren

1. Rechtzeitigkeit der Zahlung

Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitszeitpunkt eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

2. Unverschuldete verspätete Zahlung

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.

3. Beendigung des Lastschriftverfahrens

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Beitragszahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind in diesem Fall zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

§ 6 Vertragsdauer, Verlängerung, Kündigung

1. Vertrag mit Verlängerung

1.1 Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen und verlängert sich über den Ablauftermin hinaus um jeweils ein Jahr, wenn er nicht von Ihnen oder uns gekündigt wird.

1.2 Sie können den Vertrag jederzeit mit Wirkung ab Zugang Ihrer Erklärung bei uns oder zu einem von Ihnen gewünschten späteren Zeitpunkt kündigen.

1.3 Wir können unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zu dem im Versicherungsschein angegebenen Ablauftermin oder zum Ende jedes darauf folgenden Versicherungsjahres kündigen.

2. Vertrag ohne Verlängerung

Ist nach dem Versicherungsschein keine automatische Vertragsverlängerung entsprechend Nr. 1.1 vorgesehen, weil Sie mit uns die Absicherung einer vorübergehenden Gefahr vereinbart haben (z.B. Bauwesenversicherung), endet die Versicherung abweichend von Nr. 1 zum vereinbarten Ablauf.

3. Kündigung nach einem Versicherungsfall

3.1 Nach einem Versicherungsfall kann der Vertrag vorzeitig gekündigt werden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Das Kündigungsrecht besteht auch, wenn ein Geschädigter Sie wegen eines unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruches verklagt.

3.2 Unsere Kündigung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteiles zugegangen sein und wird einen Monat nach Zugang bei Ihnen wirksam.

3.3 Ihnen steht das Kündigungsrecht nach Nr. 1.2 zu.

§ 7 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

1. Versicherungsjahr

Ein Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt.

2. Versicherungsperiode

2.1 Bei jährlicher Beitragszahlung entspricht die Versicherungsperiode dem Versicherungsjahr.

2.2 Ist die Zahlung des Beitrages in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten vereinbart, unterteilt sich das Versicherungsjahr entsprechend in zwei, vier oder zwölf Versicherungsperioden.

2.3 Bei Verträgen ohne Verlängerung (§6 Nr.2) entspricht die Versicherungsperiode der Vertragslaufzeit.

§ 8 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Wenn wir nach § 2 vom Vertrag zurücktreten oder Sie Ihren Antrag nach § 8 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) widerrufen oder einen Widerspruch nach § 5 Abs. 1 und 2 VVG erklären, steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der Vertragszeit entspricht, die bis zum Zugang der Erklärung bei der anderen Partei abgelaufen ist.

§ 9 Herabsetzung des Beitrages

Ist wegen bestimmter Gefahrumstände ein höherer Beitrag vereinbart und fallen diese Umstände nach Stellung Ihres Versicherungsantrages oder nach Vertragsschluss weg oder haben sie ihre Bedeutung verloren oder wurde ihr Vorliegen von Ihnen nur irrtümlich angenommen, sind wir verpflichtet, den Beitrag zu dem Zeitpunkt herabzusetzen, zu dem Sie uns den Wegfall melden.

§ 10 Mitteilungen, Anschriftenänderungen

Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen richten Sie bitte an unsere Hauptverwaltung.

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

§ 11 Verjährung

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

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

§ 12 Meinungsverschiedenheiten, Zuständiges Gericht

1. Meinungsverschiedenheiten

- 1.1 Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Telefon: 0800/3696000; Fax: 0800/3699000

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Sie kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren vor dieser Stelle teilzunehmen.

Sofern Sie diesen Versicherungsvertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union (<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>) wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für Versicherungen weitergeleitet.

- 1.2 Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherer unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de
Telefon: 0228/41080; Fax: 0228/41081550

Bitte beachten Sie jedoch, dass die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht keine Schlichtungsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

- 1.3 Außerdem haben Sie die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten.

2. Zuständiges Gericht

- 2.1 Wenn Sie uns aus diesem Versicherungsvertrag verklagen sollten, ist das Gericht an unserem Sitz zuständig. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

- 2.2 Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

§ 13 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 14 Keine Nachteile gegenüber GDV-Musterbedingungen

Die Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen weichen ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den entsprechenden Musterbedingungen ab, wie sie zum Stichtag 1.1.2013 vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlen werden.

§ 15 Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse vom Februar 2011 erfüllen.

§ 16 Künftige Bedingungsverbesserungen

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

Vorbemerkungen zu sämtlichen Privatversicherungsbedingungen

Repräsentant

Repräsentant des Versicherungsnehmers ist, wer in dem Geschäftsbereich, zu dem das versicherte Risiko gehört, aufgrund eines Vertretungs- oder ähnlichen Verhältnisses an die Stelle des Versicherungsnehmers getreten ist, d.h. mit der tatsächlichen Risikoverwaltung betraut ist (BGH 21.04.1993 - IVZR 34/92).

Das kann z.B. der Hausverwalter der versicherten Immobilie sein, im Hinblick auf die Pflicht, Wasserleitungen abzusperren, oder die Ehefrau im Hinblick auf den versicherten und ausschließlich von ihr getragenen Schmuck.

Unverzüglich

Unverzüglich bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern“. Es kommt daher auf die Umstände des Einzelfalles an, welche Zeitspanne noch als unverzüglich anzusehen ist. Wir werden jedoch in keinem Fall etwas einwenden, wenn Sie eine unverzüglich zu erfüllende Anzeigepflicht innerhalb einer Woche erfüllen.

Verschuldensfragen

In den B01 sowie in den übrigen Bedingungen werden in Anlehnung an die gesetzlichen Bestimmungen des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) und des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) verschiedene Begriffe im Zusammenhang mit Verschuldensfragen verwendet:

Fahrlässigkeit

Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt (§ 276 Abs. 2 BGB).

Grobe Fahrlässigkeit

Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die erforderliche Sorgfalt in hohem Maße außer Acht gelassen wird. Dies gilt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH VersR 94, S. 314), wenn selbst einfachste Überlegungen nicht angestellt und keine Maßnahmen ergriffen werden, die jedermann einleuchten müssen.

Vorsatz

Vorsatz ist eine bewusste Handlung oder ein bewusstes Unterlassen, welches ein bestimmtes Ergebnis beabsichtigt oder zumindest billigend in Kauf nimmt.

Arglistige Täuschung

Eine arglistige Täuschung (§ 123 BGB) liegt vor, wenn jemand bei einem anderen vorsätzlich einen Irrtum hervorruft, um diesen zu einer erwünschten Handlung zu bewegen. Auch wenn dies in den Bedingungen nicht ausdrücklich aufgeführt ist, besteht im Falle arglistiger Täuschung die Möglichkeit zur Anfechtung von Rechtsgeschäften mit der Rechtsfolge der Nichtigkeit von Anfang an (§ 142 BGB).

Verbindliche Erläuterungen zu den B01

Zu § 1 Am Vertrag beteiligte Personen

Besitz des Versicherungsscheines (zu § 1 Nr. 2.1)

Auch wenn die versicherte Person den Versicherungsschein besitzt, steht die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag nur Ihnen zu.

Verhalten der versicherten Person (zu § 1 Nr. 2.2)

Soweit der Vertrag sowohl Ihre Interessen als auch die Interessen der versicherten Person umfasst, müssen Sie sich für Ihre Interessen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person nur zurechnen lassen, wenn diese Ihr Repräsentant ist.

Zu § 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Unklare Zuständigkeit bei Versicherungswechsel (zu § 3 Nr. 1)

Ist zum Zeitpunkt der Schadenmeldung unklar, ob ein Sachschaden während der Gültigkeit dieser Versicherung eingetreten ist oder in die Zuständigkeit der bis dahin bestehenden Vorversicherung fällt, werden wir die Schadenbearbeitung nicht wegen des fehlenden Nachweises unserer Zuständigkeit ablehnen. Können wir uns mit dem Vorversicherer nicht einigen, welche Gesellschaft für den Schaden zuständig ist, treten wir im Rahmen des mit uns vereinbarten Versicherungsschutzes in Vorleistung. Dabei leisten wir jedoch nicht mehr, als auch im Falle einer unverändert fortgeführten Vorversicherung erbracht worden wäre. Unsere Leistung erbringen wir unter der Voraussetzung, dass Sie uns soweit wie möglich bei der Klärung des Sachverhaltes unterstützen und Ihre diesbezüglichen Ansprüche gegen den Vorversicherer an uns abtreten.

Sollte sich im Rahmen der Geltendmachung der an uns abgetretenen Ansprüche herausstellen, dass der Schaden tatsächlich nicht in unsere Zuständigkeit fiel und der Vorversicherer ebenfalls nicht oder nur eingeschränkt zur Leistung verpflichtet war, können wir von Ihnen die zu viel erbrachte Leistung zurückverlangen.

Bleibt hingegen unklar, welche Gesellschaft für den Schaden zuständig ist, erbringen wir auch eine sich gegenüber der Vorversicherung ergebende Mehrleistung, sofern festgestellt werden kann, dass es zum Zeitpunkt des Abschlusses bei unserer Gesellschaft noch keine Anzeichen für einen bereits eingetretenen Schaden gab.

Uhrzeit bei Versicherungswechsel (zu § 3 Nr. 1)

Um eine Unterbrechung des Versicherungsschutzes zu vermeiden, beginnt der Versicherungsschutz abweichend von den Angaben im Versicherungsschein nicht um 12 Uhr, sondern bereits um 0 Uhr, falls die Vorversicherung um 0 Uhr des gleichen Tages bzw. um 24 Uhr des Vortages endet.

Zu § 4 Zahlung des Folgebeitrages

Verzicht auf außerordentliches Kündigungsrecht

Wir verzichten ausdrücklich auf das uns nach den gesetzlichen Bestimmungen zustehende Recht zur außerordentlichen Kündigung wegen Nichtzahlung eines Folgebeitrages.

Zu § 6 Vertragsdauer, Verlängerung, Kündigung

Zusammentreffen mehrerer Kündigungen

Werden zu einem Vertrag mehrere Kündigungen ausgesprochen (gemäß § 6 oder nach anderen Bestimmungen), so gilt immer die Kündigung, die zum frühesten Zeitpunkt wirksam wird.

Kündigung nach einem Versicherungsfall (zu § 6 Nr. 3.3)

Sie können den Vertrag nach einem Versicherungsfall auch dann mit sofortiger Wirkung (oder zu einem von Ihnen gewünschten späteren Zeitpunkt) kündigen, wenn der Vertrag entsprechend Nr. 2 für einen festen Zeitraum abgeschlossen wurde.

Zu § 8 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei Vertragsbeginn fehlendes versichertes Interesse

Wenn das versicherte Interesse bei Beginn der Versicherung nicht besteht oder die Versicherung für ein künftiges Interesse genommen ist, welches nicht entsteht, sind Sie entsprechend § 80 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) nicht zur Beitragszahlung verpflichtet. Wir können stattdessen eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Zu § 14 Keine Nachteile gegenüber GDV-Musterbedingungen

Die aktuell vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlenen Bedingungen sind unter www.gdv.de einzusehen. Unsere Bedingungsgarantie bezieht sich auf den Stand der Musterbedingungen zu dem in § 14 genannten Stichtag.

Sollte entgegen unserer Bedingungsgarantie eine für Sie nachteilige Abweichung von den Musterbedingungen vorliegen, können Sie verlangen, dass wir Sie so stellen, als würden anstelle unserer Bedingungen die entsprechenden, vom GDV empfohlenen Bedingungen gelten.

Zu § 15 Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse

Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften. Der Arbeitskreis empfiehlt Risikoanalysen und Mindeststandards für die Vermittler. Wir garantieren die Einhaltung der Mindeststandards mit dem in § 15 genannten Stand.

Zu § 16 Künftige Bedingungsverbesserungen

Wenn wir ein Bedingungsmerk verbessern, gilt dieses unter folgenden Voraussetzungen automatisch auch für bestehende Verträge:

- die geänderten Bedingungen enthalten keine Regelungen, die sich nachteilig für die Versicherungsnehmer auswirken können,
- die verbesserten Bedingungen sind für die Kunden nicht mit einem Mehrbeitrag verbunden.

Wenn wir künftig geänderte Bedingungen mit unveränderter Bedingungsnummer (also z.B. neue „B01“) einführen, gelten diese automatisch auch für Ihren Vertrag. Wir können uns dann auf eventuelle Schlechterstellungen der neuen Bedingungen nicht berufen.

Neue Bedingungen unter geänderter Bedingungsnummer gelten nur im Falle ausdrücklicher Vereinbarung, bei Anwendung des dann gültigen Tarifes und unter uneingeschränkter Wirksamkeit der neuen Bedingungen.

Inhaltsübersicht

§ 1	Gegenstand der Versicherung	2
§ 2	Mitwirkung von Krankheiten	2
§ 3	Ausschlüsse	2
§ 4	Versicherte Leistungen	3
1.	Beitragspflichtige Leistungen	3
2.	Beitragsfreie Leistungen	3
3.	24-Stunden-Hilfe.....	3
4.	Änderung des Reiseverlaufs.....	3
5.	Auslands-Heilkosten	3
6.	Behindertengerechte bauliche Anpassungen.....	3
7.	Berufliche Wiedereingliederung.....	3
8.	Haustierbetreuung.....	3
10.	Kosmetische Unfallfolgen	4
11.	Komageld	4
12.	Krankenbesuch	4
13.	Krankentransport.....	4
14.	Medizinische Rehabilitation.....	4
15.	Nachhilfeunterricht	4
16.	Pflegehilfe	4
17.	Pflegetagegeld	5
18.	Pflege von Angehörigen	5
19.	Psychologische Betreuung	5
20.	Rooming-in	5
21.	Schwerverletzung.....	5
22.	Schwerverletzung nach Hausbau/-kauf	5
23.	Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze.....	5
24.	Tauchunfall.....	6
25.	Todesfall auf Reisen	6
26.	Vollwaisen-Rente	6
§ 5	Beitragsfreier Versicherungsschutz.....	6
1.	Eheschließung, Geburt, Adoption.....	6
2.	Arbeitslosigkeit	6
3.	Tod oder Invalidität	6
§ 6	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.....	7
§ 7	Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles	7
§ 8	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7
§ 9	Fälligkeit der Leistungen	8
§ 10	Übertragung von Versicherungsansprüchen.....	8
	Verbindliche Erläuterungen zu den B18	8
	Regelungen für die Berufsgruppeneinstufung	11

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Unfallbegriff

Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person durch ein während der Wirksamkeit des Vertrages eintretendes Unfallereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfallereignis gilt ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person wirkendes Ereignis.

Als plötzlich gilt ein Unfallereignis auch dann noch, wenn die versicherte Person den schädlichen Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu sieben Tagen ausgesetzt war.

2. Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfallereignis gilt auch:

- a) der Eintritt von Gesundheitsschäden infolge Eigenbewegungen (diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Verletzungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe),
- b) das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden (z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen),
- c) der Eintritt von Gesundheitsschäden durch Erfrierungen sowie das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches,
- d) ein unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug.

3. Infektionen

3.1 Als Unfallereignis gilt auch der Ausbruch einer der folgenden Infektionskrankheiten:

- Borreliose,
- Brucellose,
- Cholera,
- Diphtherie,
- Dreitagefieber,
- Echinokokkose,
- Fleckfieber,
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
- Gelbfieber,
- Gürtelrose,
- Keuchhusten,
- Lepra,
- Malaria,
- Masern,
- Mumps,
- Paratyphus,
- Pest,
- Pfeiffersches Drüsenfieber,
- Pocken,
- Röteln,
- Scharlach,
- Schlafkrankheit,
- spinale Kinderlähmung,
- Tollwut,
- Tuberkulose,
- Tularämie,
- Typhus,
- Windpocken,
- Wundstarrkrampf.

Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Versicherungsbeginn stattfindet.

3.2 Darüber hinaus sind alle Infektionen versichert, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z.B. Meningitis).

Ereignete sich die Hautverletzung vor Beginn der Versicherung, besteht Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung frühestens drei Monate nach Versicherungsbeginn ausbricht.

3.3 Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 3.1 und Nr. 3.2 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

3.4 Als Folge von Unfallverletzungen sind zudem versichert:

- a) Wundinfektionen und Blutvergiftungen,
- b) Infektionen durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen (geringfügig sind Verletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen),
- c) sonstige Infektionen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wird,

§ 2 Mitwirkung von Krankheiten

Für durch den Unfall ausgelöste Gesundheitsschädigungen werden keine Leistungen erbracht, falls diese vollständig auf bereits bestehende Krankheiten zurückzuführen sind. Haben Krankheiten lediglich mitgewirkt, leisten wir hingegen unabhängig vom Mitwirkungsanteil in vollem Umfang.

§ 3 Ausschlüsse

1. Ausgeschlossene Unfallereignisse

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle der versicherten Person:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Diese Frist verlängert sich, sofern und solange es der versicherten Person unmöglich ist, das Gebiet des betreffenden Staates zu verlassen. Kein Versicherungsschutz besteht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, sowie für die aktive Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

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

1.3 Unfälle als Führer oder sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges (auch Luftsportgerätes).

1.4 Unfälle bei der Ausübung von Motorsport als Teilnehmer an lizenzpflichtigen Rennveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten.

- 2. Ausgeschlossene Gesundheitsschädigungen**
- Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:
- 2.1 Gesundheitsschäden durch Strahlen im Zusammenhang mit Kernenergie.
 - 2.2 Infektionen, die nicht nach § 1 Nr. 3 versichert sind.
 - 2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
 - 2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

§ 4 Versicherte Leistungen

1. Beitragspflichtige Leistungen

Die Leistungsarten, die Sie beitragspflichtig mit uns vereinbart haben, sind in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

2. Beitragsfreie Leistungen

- 2.1 Die nachstehenden Leistungen gewähren wir ohne gesonderte Beitragsberechnung. 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 Dynamikanpassungen erhöht.
- 2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z.B. Krankenversicherer) eintritt, kann der 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.

3. 24-Stunden-Hilfe

- 3.1 Über unser 24-Stunden-Service-Telefon stehen wir Ihnen an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr zur Verfügung.

Wir helfen Ihnen in den nachstehend beschriebenen Situationen und informieren, falls von Ihnen gewünscht, Verwandte, Arbeitgeber, Rechtsanwälte und sonstige Institutionen. Ebenso halten wir auf Ihren Wunsch mit den behandelnden Ärzten Kontakt und informieren über den Stand der Behandlung. Im Ausland helfen wir Ihnen bei Verständigungsproblemen mit Ärzten, Rechtsanwälten und Behörden in Zusammenhang mit dem Unfall.

Aber nicht nur in Notlagen sind wir für Sie da. So können Sie sich z.B. vor Antritt einer Reise von uns über empfohlene Impfungen oder sonstige medizinische Themen beraten lassen.

- 3.2 Die Hilfeleistungen können allerdings nur übernommen werden, wenn den von uns beauftragten Dienstleistern die dazu erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen erteilt werden.

4. Änderung des Reiseverlaufs

Kann aufgrund der Unfallverletzungen der versicherten Person die Heimreise nicht wie geplant angetreten werden, organisieren wir die Änderung des Reiseablaufs für die versicherte Person und die mitreisenden Familienangehörigen. Neben den Mehrkosten der Heimreise übernehmen wir bis zu 300 € pro Person auch zusätzliche Übernachtungs- und Verpflegungskosten. Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Personen organisieren wir zudem im Bedarfsfall eine Begleitperson und tragen die dafür entstehenden Kosten.

5. Auslands-Heilkosten

- 5.1 Bei Unfällen, die sich während eines Auslandsaufenthaltes mit einer geplanten Aufenthaltsdauer von bis zu 45 Tagen ereignen, übernehmen wir die Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem betreffenden Land (einschließlich der Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie privatärztlicher Behandlung). Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.
- 5.2 Die Kosten übernehmen wir auch über den geplanten Rückreisetermin hinaus, solange die Rückkehr aufgrund der Unfallverletzungen nicht möglich ist (die Rückreisemehrkosten werden gemäß Nr. 13 erstattet).
- 5.3 Sind für die Behandlung von Unfallfolgen notwendige Arznei-, Hilfsmittel und Geräte vor Ort nicht erhältlich, sorgen wir auch für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll.

6. Behindertengerechte bauliche Anpassungen

Wir beraten Sie über geeignete behindertengerechte bauliche Anpassungen der Wohnung und des Pkw der versicherten Person. Zudem übernehmen wir für folgende Maßnahmen die innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten, sofern diese ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind:

- a) für den behindertengerechten Umbau des Pkw der versicherten Person oder, bei einer Neuanschaffung, für behindertengerechte Einbauten,
- b) für den behindertengerechten Umbau der Wohnung oder den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.

7. Berufliche Wiedereingliederung

- 7.1 Wir helfen bei der beruflichen Wiedereingliederung, falls die versicherte Person aufgrund eines Unfalles länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestattet war – auszuüben.

Dazu unterstützen wir die versicherte Person durch Personal- und Berufsberater. Sofern eine Sicherung des seitherigen Arbeitsplatzes trotz unserer Unterstützung nicht möglich ist, beraten wir über Umschulungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der aktuellen Arbeitsmarktaussichten und helfen bei der Stellensuche und Bewerbung.

- 7.2 Unsere Hilfeleistungen erbringen wir bis zu drei Jahre nach dem Unfall und übernehmen auch die innerhalb dieser Zeit anfallenden Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

8. Haustierbetreuung

- 8.1 Ist die versicherte Person aufgrund von Unfallverletzungen oder Unfalltod nicht zur Versorgung ihrer Haustiere in der Lage, organisieren wir die Unterbringung der Tiere. Die Kosten für die von uns organisierten Maßnahmen übernehmen wir bei einem Krankenhausaufenthalt oder bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von Nr. 16.1 bis sechs Monate und in allen anderen Fällen bis zwei Monate nach dem Unfall.
- 8.2 Wurden die Tiere auf einer Reise mitgeführt, übernehmen wir zusätzlich Organisation und Kosten des Heimtransportes.
- 8.3 Als Haustiere gelten Hunde, Katzen und andere heimische Kleintiere, jedoch keine Exoten.

9. Kinderbetreuung, Haushaltshilfe

Ist die versicherte Person aufgrund von Unfallverletzungen oder Unfalltod nicht zu der ihr obliegenden Versorgung und Beaufsichtigung der in ihrem Haushalt lebenden Kinder in der Lage, werden die in Nr. 16 beschriebenen Hilfeleistungen in dem dort genannten Umfang auch zugunsten der Kinder erbracht. In Erweiterung von Nr. 16.3 wird dabei auch für die Betreuung der Kinder einschließlich der erforderlichen Begleitung (ggf. mit Fahrdienst) z.B. zum Kindergarten oder Sportverein gesorgt.

10. Kosmetische Unfallfolgen

10.1 Verbleiben aufgrund eines Unfalles Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes und unterzieht sich die versicherte Person nach Abschluss der Heilbehandlung einem medizinischen Eingriff zur Beseitigung dieser Folgen, so leisten wir Ersatz für nachgewiesene

- a) Arztkosten und sonstige Operationskosten,
- b) notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus,
- c) Zahnarzt- und Zahnlaborkosten, soweit natürliche Zähne beschädigt wurden.

10.2 Der medizinische Eingriff muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt sein. Bei Minderjährigen kann der Eingriff bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

11. Komageld

Wir zahlen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld in Höhe von 30 € für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person aufgrund des Unfalles in einem natürlichen oder künstlichen Koma befindet.

12. Krankenbesuch

12.1 Muss die versicherte Person aufgrund eines während einer Reise erlittenen Unfalles im Krankenhaus behandelt werden, organisieren wir den Besuch einer nahestehenden Person.

12.2 Dauert der Krankenhausaufenthalt am Unfallort über den geplanten Rückreisetermin hinaus an, so übernehmen wir darüber hinaus die für den Krankenbesuch entstehenden Verpflegungs- und Übernachtungskosten bis 300 € sowie die Hin- und Rückreisekosten (maximal für die Entfernung zwischen dem Wohnsitz der versicherten Person und dem Ort des Krankenhausaufenthaltes).

13. Krankentransport

13.1 Wir organisieren Krankentransporte vom Unfallort zum nächstgelegenen Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik sowie die Verlegung in ein anderes Krankenhaus und die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person.

13.2 Bei der Organisation von Rücktransporten aus dem Ausland setzen wir uns mit dem behandelnden Arzt in Verbindung, klären die Verletzungsfolgen, die beabsichtigte Behandlung sowie den erhofften Heilungsverlauf ab und informieren Sie in Ihrer Muttersprache.

13.3 Die Kosten für die unter Nr. 13.1 beschriebenen Krankentransporte und Mehraufwendungen für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz übernehmen wir, soweit diese aufgrund der Unfallverletzungen erforderlich und ärztlich angeordnet sind.

13.4 Bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, erstatten wir die Mehraufwendungen für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz oder zu einem in der Nähe des Wohnsitzes gelegenen Krankenhaus abweichend von Nr. 13.3 auch ohne medizinische Notwendigkeit.

14. Medizinische Rehabilitation

14.1 Auf Ihren Wunsch organisieren und koordinieren wir die medizinische Rehabilitation, helfen Ihnen bei der Beantragung von Leistungen der jeweiligen Kostenträger, benennen Ihnen geeignete Fachärzte, Spezialkliniken, Reha-Zentren und Kureinrichtungen und informieren Sie über die jeweiligen technischen Ausstattungen.

14.2 Weiterhin übernehmen wir die innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten für aufgrund der Unfallfolgen medizinisch notwendige

- a) Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- b) künstliche Organe und Organtransplantationen,
- c) Prothesen und Hilfsmittel,
- d) Anschaffung von Assistenzhunden (z.B. Blinden- oder Signalthunde),
- e) behinderungsbedingte Schulungsmaßnahmen (z.B. Erlernen der Blindenschrift oder Gebärdensprache).

14.3 Die Erstattung der Kosten für künstliche Organe und Organtransplantationen erfolgt unter der Voraussetzung, dass wir eine Neufeststellung der Invalidität auch über den Ablauf der dafür vorgesehenen Frist hinaus noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können.

15. Nachhilfeunterricht

Für die Zeit, in der das versicherte Kind aufgrund eines Unfalles nicht am normalen Unterricht teilnehmen kann, organisieren wir einen Lehrer für Privatunterricht. Die dabei entstehenden Kosten erstatten wir für bis zu sechs Monate nach dem Unfall.

16. Pflegehilfe

16.1 Wir helfen, wenn die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe bedarf. Voraussetzung ist, dass bei Eintritt des Unfalles noch keine Pflegebedürftigkeit bestand.

16.2 Wir erbringen unsere Hilfeleistungen zugleich für den in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehe-/Lebenspartner, soweit dieser dazu nicht in der Lage ist und die Aufgaben bis zum Unfallzeitpunkt von der versicherten Person wahrgenommen wurden.

16.3 Unsere Hilfeleistungen werden ausschließlich im Inland durch von uns beauftragte qualifizierte Dienstleister in folgendem Umfang erbracht:

- a) tägliche Versorgung mit einer warmen Mahlzeit,
- b) zweimal wöchentlicher Einkauf von Waren des täglichen Bedarfs und Erledigung notwendiger Besorgungen,
- c) Begleitung (mit Fahrdienst) zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen,
- d) wöchentliche Reinigung der Wohnung und Versorgung von Wäsche und Pflanzen (auch im zur Wohnung gehörenden Vorgarten),
- e) Übernahme der Pflichten, die der versicherten Person im Rahmen der Hausordnung obliegen (z.B. Reinigungs-, Räum- und Streudienst),
- f) Versorgung mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist,

- g) Information zur gesetzlichen Pflegeversicherung, Empfehlung geeigneter Pflegeeinrichtungen, Beratung über Pflegehilfsmittel sowie Vermittlung einer Pflegeschulung für Angehörige,
- h) Tag- und Nachtwache bis 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung,
- i) tägliche körperbezogene Pflegemaßnahmen im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (z.B. Körperpflege, Hilfe beim An- und Auskleiden).

16.4 Die für die erbrachten Leistungen aufgewendeten Kosten übernehmen wir mit Ausnahme der eingekauften Waren und erledigten Besorgungen nach Nr. 16.3 b).

Die Leistung nach Nr. 16.3 i) ist zunächst auf zwei Monate begrenzt und verlängert sich, solange trotz gegebenem Pflegebedarf und entsprechenden Bemühungen nicht mindestens der Pflegegrad 2 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wird. Nach Anerkennung des Pflegegrades kann das Pflegetagegeld nach Nr. 17 in Anspruch genommen werden.

Sämtliche Leistungen nach Nr. 16.3 a) bis i) enden spätestens sechs Monate nach dem Unfall.

Bitte beachten Sie auch unsere Leistungen nach Nr. 6, Nr. 8, Nr. 9 und Nr. 14.

17. Pflegetagegeld

17.1 Wir zahlen innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet ein Tagegeld für jeden Kalendertag, an dem für die versicherte Person aufgrund des Unfalles mindestens der Pflegegrad 2 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt ist.

17.2 Das Tagegeld beträgt:

- 20 € bei Pflegegrad 2,
- 40 € bei Pflegegrad 3,
- 60 € ab Pflegegrad 4.

17.3 Sofern die Pflegehilfe nach Nr. 16 in Anspruch genommen wird, beginnt der Anspruch auf Pflegetagegeld erst nach Ende unserer Pflegehilfe.

18. Pflege von Angehörigen

18.1 Wir helfen im Haushalt lebenden pflegebedürftigen Angehörigen der versicherten Person mit den in Nr. 16 aufgeführten Leistungen, sofern und soweit die Angehörigen bis zum Unfallzeitpunkt von der versicherten Person gepflegt wurden.

18.2 Die Leistungen erbringen wir, solange die versicherte Person aufgrund des Unfalles nicht in der Lage ist, die Pflegeleistungen zu erbringen, höchstens jedoch für zwei Monate nach dem Unfall.

19. Psychologische Betreuung

Wird aufgrund einer direkten oder indirekten Unfallwirkung oder einer Bedrohung mit Tod oder Körperverletzung oder des Unfalltodes einer nahestehenden Person eine psychologische Betreuung der versicherten Person erforderlich, vermitteln wir diese und übernehmen die dabei entstehenden Kosten bis zu 1.000 €.

20. Rooming-in

Befindet sich das versicherte Kind wegen eines Unfalles in vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss von 60 € gezahlt. Anstelle des pauschalen Kostenzuschusses können Sie die Erstattung der nachgewiesenen Rooming-in-Kosten verlangen.

21. Schwerverletzung

Bei Eintritt folgender schwerer Verletzungen zahlen wir eine Sofortleistung in Höhe von 20.000 €, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- c) Verbrennungen mindestens 2. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche,
- d) Schädel-Hirn-Trauma mindestens 2. Grades,
- e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- f) Knochenbrüche (nicht Absplitterungen oder Fissuren) in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - Oberarmknochen,
 - Unterarmknochen,
 - Handwurzelknochen,
 - Oberschenkelknochen,
 - Kniescheibe,
 - Unterschenkelknochen,
 - Fußwurzelknochen,
 - Wirbelkörper (nicht Wirbelbögen, Wirbelfortsätze),
 - Becken,
- g) gewebeerstörende Schäden an mindestens zwei der folgenden Organe:
 - Herz,
 - Lunge,
 - Leber,
 - Milz,
 - Niere.

Als zwei Verletzungen im Sinne von Absatz f) und g) gelten auch gleichartige Verletzungen an beiden Armen, Beinen, Lungen oder Nieren oder jeweils eine Verletzung nach Absatz f) und g).

22. Schwerverletzung nach Hausbau/-kauf

22.1 Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, erhöht sich die nach Nr. 21 versicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen für Sie und Ihren Lebensgefährten (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) auf je

- 50.000 € im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 45.000 € im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 40.000 € im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 35.000 € im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 30.000 € im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 25.000 € im 6. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.

22.2 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Erwerb des Eigenheimes oder – wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war – mit Beginn der Bauarbeiten und endet zum frühesten der folgenden Termine

- a) mit dem 6. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
- b) mit Veräußerung des Eigenheimes,
- c) mit Beendigung der Unfallversicherung.

23. Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze

23.1 Wir helfen Ihnen, weltweit Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze zu organisieren und Rettungsdienste auf dem schnellsten Wege zum Unfallort zu bringen.

23.2 Zudem übernehmen wir die Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze von organisierten Rettungsdiensten. Die Kosten erstatten wir auch dann, wenn Sie dafür aufkommen mussten, obwohl die versicherte Person keinen Unfall erlitten hatte, aber ein Unfall drohte oder nach den Umständen zu vermuten war.

24. Tauchunfall

Bei Tauchunfällen übernehmen wir die Kosten für dadurch verursachte Therapiemaßnahmen einschließlich der Behandlung in einer Dekompressionskammer. Die Kosten erstatten wir auch bei unbewusster oder bewusster Nichtbeachtung der Tauchrichtlinien.

25. Todesfall auf Reisen

25.1 Bei einem Unfall mit Todesfolge organisieren wir die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz und erstatten die dafür entstehenden Kosten.

25.2 Ereignete sich der Unfall im Ausland, sorgen wir – nach Abstimmung mit den Angehörigen – für die Bestattung im Ausland oder die Überführung nach Deutschland und übernehmen die dafür entstehenden Kosten.

26. Vollwaisen-Rente

Versterben beide versicherten Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder. Die Vollwaisen-Rente gewähren wir jährlich in Höhe des 50-fachen Brutto-Jahresbeitrages, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, höchstens jedoch 8.000 € pro Jahr und Kind. Die Vollwaisen-Rente wird letztmalig für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

§ 5 Beitragsfreier Versicherungsschutz

1. Eheschließung, Geburt, Adoption

1.1 Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages heiraten oder Kinder geboren oder adoptiert werden, gewähren wir automatisch beitragsfreien Versicherungsschutz wie folgt:

- Ihr Partner ist für drei Monate ab dem Tag der Heirat mit Ihnen versichert, wenn für Ihren Partner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht,
- Ihre ungeborenen Kinder sind während der Schwangerschaft für den Fall von Gesundheitsschäden infolge einer direkten Unfalleinwirkung oder eines Unfalles der versicherten Mutter versichert,
- Ihre neugeborenen Kinder sind bis ein Jahr nach Vollendung der Geburt versichert,
- von Ihnen adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren sind für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption versichert.

1.2 Die Versicherungssummen betragen:

- 100.000 € für den Invaliditätsfall mit Standardtaxe ohne Progression,
- 10.000 € für den Todesfall,
- 20 € Krankenhaustagegeld mit ungestaffeltem Genesungsgeld,

zuzüglich der beitragsfreien Leistungen gemäß § 4.

1.3 Stellen Sie während des beitragsfreien Zeitraumes einen Antrag auf Einschluss der betreffenden Person, so gilt folgendes:

- der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung,
- die beitragsfreie Versicherungszeit bleibt erhalten, wobei ab dem Einschlusszeitpunkt die jeweils höheren Versicherungssummen (gemäß Nr. 1.2 oder neu beantragt) gelten.

2. Arbeitslosigkeit

2.1 Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos werden, setzen wir den Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind. Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit nachzuweisen.

2.2 Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz mit den zuletzt gültigen Versicherungssummen, wenn Sie frühestens drei Monate nach Versicherungsbeginn arbeitslos werden und zu diesem Zeitpunkt das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach insgesamt dreijähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn.

2.3 Wir fragen von Zeit zu Zeit bei Ihnen an, ob die Arbeitslosigkeit noch andauert. Unterrichten Sie uns über das Ende der Arbeitslosigkeit bis spätestens 4 Wochen nach Erhalt unserer darauf folgenden Anfrage, so endet die Außerkraftsetzung gleichzeitig mit dem Ende der Arbeitslosigkeit. Anderenfalls wird erst mit Zugang Ihrer Mitteilung die Außerkraftsetzung beendet und der Versicherungsschutz wieder in Kraft gesetzt.

Besteht die Arbeitslosigkeit bei Ende der Beitragsbefreiung nach Nr. 2.2 noch fort, können Sie eine Unterbrechung des Versicherungsschutzes vermeiden, indem Sie bis spätestens 4 Wochen nach dem Ende des beitragsfreien Zeitraumes die beitragspflichtige Wiederinkraftsetzung beantragen.

2.4 Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als drei Jahre andauert.

2.5 Bei gebündelten Verträgen gelten die Bestimmungen nach Nr. 2.1 bis Nr. 2.4 gleichzeitig für alle weiteren Versicherungen nach unseren XXL-Konzepten, die mindestens drei Monate vor Beginn der Arbeitslosigkeit eingeschlossen wurden.

3. Tod oder Invalidität

3.1 Der Versicherungsschutz für die im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder bleibt beitragsfrei bestehen, falls Sie während der Wirksamkeit des Vertrages

- durch Unfall oder Krankheit versterben (nicht aber infolge eines Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisses) oder
- einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50 % führt.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz gilt mit den Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Todes oder der Feststellung des Invaliditätsgrades von mindestens 50 % gültig waren, und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahres bestehen, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird.

3.2 Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebensgefährte versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen. Die Beitragsfreistellung für den Ehegatten oder Lebensgefährten endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

1. Tarifeinstufung

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Die für die Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person gültige Tarifeinstufung ergibt sich aus den „Regelungen für die Berufsgruppeneinstufung“ im Anschluss an diese Bedingungen (Seite 11).

2. Änderungsanzeige

Änderungen der im Versicherungsschein genannten Berufstätigkeit oder Beschäftigung müssen Sie uns innerhalb von zwei Monaten mitteilen, nachdem wir Sie danach fragen.

3. Wechsel in einen geringer gefährdeten Beruf

Errechnen sich nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif bei gleichbleibendem Beitrag höhere Versicherungssummen (Wechsel der Gefahrengruppe von B in A), so gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei entsprechend gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

4. Wechsel in einen höher gefährdeten Beruf

4.1 Ergibt sich nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif ein höherer Beitrag (Wechsel der Gefahrengruppe von A in B), so ist dieser 2 Monate nach der Änderung zu zahlen. Der höhere Beitrag gilt jedoch frühestens ab Beginn des Versicherungsjahres, das auf die Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

4.2 Statt der Beitragserhöhung nach Nr. 4.1 vermindern sich die Versicherungssummen im entsprechenden Verhältnis,

- wenn Sie eine Beitragserhöhung ausdrücklich ablehnen, mit Wirkung ab dem sich aus Nr. 4.1 ergebenden Zeitpunkt,
- wenn Sie trotz unserer Anfrage die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht innerhalb von 2 Monaten mitteilen, mit Wirkung zum Ablauf der Frist.

5. Wechsel in einen Beruf ohne Tarifeinstufung

Ist nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif keine Beitragsberechnung möglich (Direktionsanfrage-Risiken), gilt der Versicherungsschutz zwei Monate nach der Änderung nur noch für Unfälle, bei denen die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung weder Einfluss auf den Eintritt des Unfalles noch auf den Umfang unserer Leistung hatte.

§ 7 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in den dafür geltenden zusätzlichen Bedingungen geregelt.

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

1. Hinzuziehung eines Arztes

Nach einem Unfall muss ein Arzt hinzugezogen werden. Waren die Unfallfolgen zunächst geringfügig erschienen oder wurde davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, ist diese Obliegenheit 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.

2. Auskunftserteilung

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

Darüber hinaus benötigen wir für die Prüfung unserer Leistungspflicht 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.

3. Ärztliche Untersuchung

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 Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstaufschlag nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 2 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme oder eines Jahres-Bruttobeitrages. Maßgeblich ist der höhere, sich aus dem Vertragsanteil der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt ergebende Betrag, höchstens jedoch 1.000 €.

§ 8 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass

- a) die Obliegenheit nicht vorsätzlich verletzt wurde oder
- b) die vorsätzliche Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Die Verletzung einer Obliegenheit bleibt zudem folgenlos, wenn wir es unterlassen hatten, Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolgen hinzuweisen.

§ 9 Fälligkeit der Leistungen

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

1. Erklärung über die Leistungspflicht

- 1.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Die Frist beginnt, sobald uns der Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen zugeht.
- 1.2 Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernehmen wir.

2. Fälligkeit der Leistung

- 2.1 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 2.2 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir auf Ihren Wunsch angemessene Vorschüsse.

3. Neubemessung des Invaliditätsgrades

- 3.1 Nach der Bemessung des Invaliditätsgrades können sich Veränderungen des Gesundheitszustandes ergeben. Sie und wir sind daher berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
- 3.2 Ihnen steht das Recht zur Neubemessung längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.
- 3.3 Uns steht das Recht zur Neubemessung längstens bis zu zwei Jahre nach dem Unfall zu. Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- 3.4 Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir sie bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

§ 10 Übertragung von Versicherungsansprüchen

Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

Verbindliche Erläuterungen zu den B18

Zu § 1 Gegenstand der Versicherung

Geltungsbereich (zu § 1)

Versicherungsschutz besteht für Unfälle auf der ganzen Welt und rund um die Uhr.

Unfallbegriff (zu § 1 Nr. 1)

Als „unfreiwillig“ erlitten sehen wir eine Gesundheitsschädigung auch an, wenn die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt.

Ebenso besteht für gewalttätige Auseinandersetzungen und Innere Unruhen Versicherungsschutz, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter (also in Ausübung einer Straftat gemäß § 3 Nr. 1.2) daran teilgenommen hat.

Beispiele für versicherte Unfalleinwirkungen sind:

- mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen (z.B. Stürze, Verätzungen, Stromschläge),
- Strahleneinwirkungen (außer Kernenergie),
- Schall-, Explosions- und sonstige Druckwellen.

Einatmung schädlicher Stoffe (zu § 1 Nr. 1)

Als „plötzlich“ gelten nach der Rechtsprechung in der Regel Zeiträume von maximal einer Stunde. In Erweiterung dessen sehen wir den Begriff der Plötzlichkeit in zeitlicher Hinsicht jedenfalls auch dann noch als erfüllt an, wenn die versicherte Person innerhalb von bis zu sieben Tagen beispielsweise unbeabsichtigt schädliche Stoffe eingeatmet hat.

Erweiterter Unfallbegriff (zu § 1 Nr. 2)

Die in § 1 Nr. 2 a) bis d) genannten Fälle sind versichert, ohne dass die in § 1 Nr. 1 genannten Voraussetzungen für ein Unfallereignis (z.B. von außen wirkend) erfüllt sein müssen.

Eigenbewegungen (zu § 1 Nr. 2)

Zu den versicherten Eigenbewegungen (Absatz a)) zählen auch Kraftanstrengungen. Für einen Oberschenkelhalsbruch oder einen Armbruch leisten wir, ohne dass es auf die Ursache ankommt und ohne uns auf eine Verursachung durch Krankheiten nach § 2 zu berufen.

Zu den nicht unter den erweiterten Versicherungsschutz für Eigenbewegungen fallenden Verletzungen des Kopfes zählen beispielsweise auch Gesundheitsschäden an Augen oder Gehirn.

Entführungen oder Geiselnahme (zu § 1 Nr. 2)

Versicherungsschutz bieten wir in Erweiterung von § 1 Nr. 2 auch für die Nicht- oder Falscheinahme von Medikamenten infolge einer Entführung oder Geiselnahme. Dabei werden wir uns auch nicht auf eine Verursachung durch Krankheiten nach § 2 berufen.

Darüber hinaus erbringen wir die in § 4 Nr. 19 beschriebenen psychologischen Hilfeleistungen

Infektionen (zu § 1 Nr. 3.1 und Nr. 3.2)

Da der Zeitpunkt einer Infektion oft schwer nachzuweisen ist und oftmals vor Vertragsbeginn liegt, bieten wir nach § 1 Nr. 3.1 und Nr. 3.2 Versicherungsschutz, sofern die Erkrankung frühestens drei Monate nach Versicherungsbeginn stattfand (Wartezeit). Als Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung gilt die erstmalige ärztliche Diagnose.

Ereignete sich die Infektion hingegen nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit, so entfällt die Wartezeit.

Allergische Reaktionen (zu § 1 Nr. 3.4)

Versicherungsschutz bieten wir in Erweiterung von § 1 Nr. 3.4 auch für nicht auf einer Infektion beruhende Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen. Wird aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

Zu § 2 Mitwirkung von Krankheiten

Wir leisten für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden. Wir leisten nicht für Gesundheitsschäden, die vollständig auf Krankheiten, wie z.B. Diabetes, zurückzuführen sind.

Kein Leistungsanspruch besteht beispielsweise, wenn infolge eines gebrochenen Fußzehs dieser alleine aufgrund einer Diabeteserkrankung amputiert werden muss. Für den wegen des Knochenbruchs erforderlichen stationären Aufenthalt zahlen wir hingegen ein versichertes Krankenhaustagegeld für die volle Aufenthaltsdauer, auch wenn sich die Heilung aufgrund des Diabetes verzögert.

Zu § 3 Ausschlüsse

Bewusstseinsstörungen (zu § 3 Nr. 1)

Die B18 sehen abweichend von den Musterbedingungen des GDV keinen Ausschluss von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen vor. Daher besteht beispielsweise Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Ohnmachtsanfällen, Trunkenheit, Medikamenteneinfluss, Herzinfarkt, Schlaganfällen, epileptischen Anfällen, Übermüdung, Schlafwandeln oder Erschrecken, auch wenn dadurch eine Bewusstseinsstörung ausgelöst wurde.

Terroranschläge (zu § 3 Nr. 1.1)

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

Straftaten (zu § 3 Nr. 1.2)

Der Ausschluss gilt nicht, wenn die Straftat in der Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkohol- oder Medikamenteneinfluss besteht (§ 316 Strafgesetzbuch). Voraussetzung ist, dass nicht zusätzlich eine vorsätzliche Gefährdung von Leib oder Leben anderer Menschen oder fremder Sachen von bedeutendem Wert (§ 315c Strafgesetzbuch) oder eine andere Straftat vorliegt.

Versicherungsschutz bieten wir zudem für Minderjährige sowie entmündigte Erwachsene,

- wenn die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248b Strafgesetzbuch), wobei Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde, oder
- wenn der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper entstanden ist. Voraussetzung ist jedoch, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

Luftfahrtunfälle (zu § 3 Nr. 1.3)

Kein Versicherungsschutz besteht

- als Führer eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgerätes, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt (z.B. als Pilot, Drachenflieger oder Fallschirmspringer),
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges (z.B. als Funker, Bordmechaniker oder Flugbegleiter).

Versicherungsschutz gewähren wir jedoch

- sonstigen, nicht zur Besatzung zählenden Personen, auch wenn diese mit Hilfe des Luftfahrzeuges eine Tätigkeit ausüben (z.B. für Luftaufnahmen, zur Verkehrsüberwachung oder als medizinisches Personal bei Sanitätsflügen),
- Passagieren in Luftfahrzeugen,
- Fluggästen in Luftsportgeräten (z.B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprünge),
- für Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist,
- beim Kitesurfen.

Motorrennen (zu § 3 Nr. 1.4)

Ausgeschlossen sind lizenzpflichtige Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen (einschließlich Motorbooten), bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt. Der Ausschluss umfasst auch Qualifikationsfahrten sowie Trainings-, Test- und sonstige Übungsfahrten, die dem Zweck dienen, das Fahren mit möglichst hoher Geschwindigkeit zu üben. Nicht versichert ist neben dem Fahrer auch der Beifahrer sowie sonstige Insassen des Rennfahrzeuges.

Versicherungsschutz bieten wir hingegen für Fahrtveranstaltungen, bei denen es ausschließlich oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Stern-, Zuverlässigkeits- oder Orientierungsfahrten) sowie für sonstige nicht lizenzpflichtige Rennveranstaltungen.

Vergiftungen (zu § 3 Nr. 2)

Die B18 sehen abweichend von den Musterbedingungen des GDV keinen Ausschluss für Gesundheitsschäden durch Vergiftungen infolge der Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund vor. Wir bieten daher auch Versicherungsschutz bei Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war. Dazu zählen beispielsweise Vergiftungen durch verdorbene Nahrungsmittel oder versehentlich für Nahrungsmittel gehaltene Stoffe sowie Vergiftungen durch Reinigungsmittel oder Alkohol bei Kindern.

Heilmaßnahmen oder Eingriffe (zu § 3 Nr. 2.3)

Zu den ausgeschlossenen Heilmaßnahmen und Eingriffen zählen auch strahlendiagnostische oder strahlentherapeutische Maßnahmen. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut zählt hingegen nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.

Der Ausschluss gilt zudem nicht, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzungen ärztlich behandeln. Führt ein Behandlungsfehler dabei zu weiteren Schädigungen, besteht auch insoweit Versicherungsschutz.

Auch falls sich die versicherte Person aufgrund unfallbedingter Heilmaßnahmen oder Eingriffe eine Infektion zuzieht, sind solche Infektionen abweichend von § 3 Nr. 2.2 mitversichert.

Psychische Reaktionen (zu § 3 Nr. 2.4)

Zu den nicht versicherten psychischen Reaktionen zählen beispielsweise posttraumatische Belastungsstörungen nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall oder Angstzustände des Opfers einer Straftat.

Die psychologischen Hilfeleistungen nach § 4 Nr. 19 erbringen wir jedoch auch in diesen Fällen.

Darüber hinaus leisten wir für die Folgen psychischer Störungen, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Zu § 4 Versicherte Leistungen

Leistungen für Kinder

Soweit die Bedingungen im Zusammenhang mit versicherten Leistungen zugunsten von Kindern keine Altersangaben vorsehen, gelten diese sowohl für minderjährige Kinder als auch für volljährige geschäftsunfähige Kinder.

Schwerverletzungen (zu § 4 Nr. 21)

Folgende Knochen zählen zu den in § 4 Nr. 21 f) genannten Bereichen:

- Unterarmknochen = Elle und Speiche,
- Handwurzelknochen = Kahnbein, Mondbein, Dreiecksbein, Erbsenbein, großes und kleines Vieleckbein, Kopfbein und Hakenbein,
- Unterschenkelknochen = Schien- und Wadenbein,
- Fußwurzelknochen = Sprungbein, Fersenbein, Kahnbein, Würfelbein und 1. bis 3. Keilbein.

Der Bruch eines oder mehrerer Knochen innerhalb eines Bereiches gilt als 1 Knochenbruch und löst damit noch keinen Leistungsanspruch aus (z.B. Bruch des Kahn- und Mondbeines einer Hand oder Bruch mehrerer Wirbelkörper). Sind hingegen Knochen des gleichen Bereiches an beiden Armen (z.B. Elle des linken und Speiche des rechten Armes) oder an beiden Beinen (z.B. beide Kniescheiben) betroffen, wird die Leistung fällig.

Zu § 5 Beitragsfreier Versicherungsschutz

Der beitragsfreie Versicherungsschutz im Heiratsfall gilt auch bei Begründung einer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Zu § 8 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Die Regelungen nach § 8 beziehen sich ausschließlich auf Obliegenheiten nach Eintritt eines Versicherungsfalles.

Die bei Vertragsabschluss zu erfüllenden Obliegenheiten und die Folgen einer Verletzung dieser Obliegenheiten sind § 2 der Allgemeinen Bedingungen für das Privatgeschäft (B01) zu entnehmen.

Zwischen Vertragsabschluss und Eintritt eines Versicherungsfalles sind lediglich Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung auf Anfrage mitzuteilen. Diese Pflicht und die Folgen bei deren Nichterfüllung sind in § 6 der vorliegenden Bedingungen geregelt. Die gesetzlichen Folgen sonstiger Obliegenheitsverletzungen vor Eintritt eines Versicherungsfalles haben für diese Unfallversicherung keine Gültigkeit.

Regelungen für die Berufsgruppeneinstufung

1. Grundregeln

- 1.1 Personen ab 14 Jahre werden entsprechend ihrer Berufstätigkeit gemäß Nr. 2 in die Gefahrengruppe A oder gemäß Nr. 3 in die Gefahrengruppe B eingestuft. Maßgeblich ist dabei die tatsächlich ausgeübte berufliche Tätigkeit, nicht der erlernte Beruf.

Werden Tätigkeiten beider Gruppen ausgeübt, so ist die Einstufung in Gefahrengruppe B vorzunehmen. Personen, die sich in der Ausbildung befinden (Studenten, Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, Umschüler), sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Bei der Einstufung nach der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit bleibt es bei Ausübung befristeter freiwilliger sozialer Dienste (z.B. Bundesfreiwilligendienst), des freiwilligen Wehrdienstes, der Teilnahme an militärischen Reserveübungen sowie bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung gemäß § 8 des Sozialgesetzbuches IV.

- 1.2 Soweit der Vertrag noch auf Tarif UT2011 basiert (geschlechtsabhängige Tarifierung), werden Frauen abweichend von Nr. 1.1 nicht nach Gefahrengruppen A und B unterschieden.
- 1.3 Soweit die versicherte Person eine Berufstätigkeit nach Nr. 4 ausübt, wird abweichend von Nr. 1.1 und Nr. 1.2 im Einzelfall von uns geprüft, ob und zu welchen Beiträgen für die neue Tätigkeit Versicherungsschutz geboten werden kann.

2. Gefahrengruppe A

Personen ohne körperliche und ohne handwerkliche Berufstätigkeit werden in die Gefahrengruppe A eingestuft. Dazu zählen auch Personen, die

- kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst tätig sind,
- ausschließlich leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen tätig sind (einschließlich rein aufsichtsführende Meister),
- im Verkauf oder im Labor tätig sind (außer Nr. 3 b)),
- im Gesundheitswesen, in der Alten- oder Schönheitspflege arbeiten,
- Anlagen oder Maschinen elektronisch steuern.

Unter die Definition nach Absatz b) fällt auch, wenn die versicherte Person im Rahmen einer leitenden oder aufsichtsführenden Tätigkeit bei der Arbeitsvor- oder -nachbereitung, bei der Einweisung von Mitarbeitern sowie bei gelegentlicher Urlaubs- oder Krankheitsvertretung körperliche oder handwerkliche Arbeiten ausführt.

Ergeben sich während der Vertragslaufzeit ausnahmsweise Sondergefahren, für die eine Einstufung in Gefahrengruppe B erforderlich wäre, so bleibt es dennoch bei der Einstufung in Gefahrengruppe A, wenn die Sondergefahr nur kurzfristiger Natur ist. Dies gilt auch, wenn die Sondergefahr zwar in regelmäßigen Abständen ausgeübt wird, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

3. Gefahrengruppe B

Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit, auch wenn diese nur gelegentlich ausgeübt wird, werden in die Gefahrengruppe B eingestuft. Dazu zählen Personen, die

- Holz, Metall, Kunststoff, Steine oder Erde be- oder verarbeiten,
- mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten,
- Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren,
- Tiere behandeln oder pflegen,
- im Gastgewerbe oder in der Land- und Forstwirtschaft arbeiten,
- im Truppen-, Einsatz- oder Vollzugsdienst bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und Feuerwehr tätig sind,
- als Berufskraftfahrer, Lagerarbeiter, Schausteller, Sicherheitspersonal, Sport- oder Tanzlehrer tätig sind.

4. Direktionsanfrage-Risiken

Nicht oder nur gegen Beitragszuschlag versicherbar sind folgende Berufstätigkeiten:

- Artisten (auch Stuntmen und Tierbändiger),
- Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler,
- Sprengpersonal (auch Munitionssuche und -räumung),
- Taucher.

Klauseln zur Unfallversicherung „XXL“

– gültig ab 11.04.2017 –

A. Invaliditätsleistung und Invaliditätstaxe

(Es gilt die entsprechende Klausel zur vereinbarten Invaliditätstaxe)

Klausel 0650: Invaliditätsversicherung „XXL“ mit StandardTaxe

1. Voraussetzung für die Leistung

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person eine Invalidität erlitten hat.

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 Zustandes nicht zu erwarten ist.

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

2. Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss

- innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt sein.

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

3. Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invaliditätsleistung innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

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 Todesfallleistung (Klausel 0728), sofern diese vereinbart ist.

5. Berechnung der Invaliditätsleistung

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

6. Bemessung des Invaliditätsgrades

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- a) nach der StandardTaxe (Nr. 7), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- b) ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Nr. 8).

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 (§ 9 Nr. 3 der Bedingungen zur Unfallversicherung).

7. StandardTaxe

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

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

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

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

Bei einer Schädigung des Schulterhauptgelenkes (Oberarm und Schulterpfanne) und/oder des Schulterreckgelenkes (knöcherne Verbindung zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein) wird immer eine Beurteilung der Gebrauchsbeeinträchtigung des gesamten Armes vorgenommen.

8. Bemessung außerhalb der StandardTaxe

Erfolgt die Bemessung gemäß Nr. 6 außerhalb der Standard-Taxe richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßgeblich ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

9. Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn vom Unfall betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Nr. 7 und Nr. 8 bemessen.

Der Invaliditätsgrad vermindert sich um diese Vorinvalidität.

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

Bei einer Schädigung des Schulterhauptgelenkes (Oberarm und Schulterpfanne) und/oder des Schulterreckgelenkes (knöcherne Verbindung zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein) wird immer eine Beurteilung der Gebrauchsbeeinträchtigung des gesamten Armes vorgenommen.

10. Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

11. Invaliditätsanspruch 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 (Nr. 4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Nr. 1 bis Nr. 3 sind erfüllt.

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

Klausel 0651: Invaliditätsversicherung „XXL“ mit PlusTaxe

1. Voraussetzung für die Leistung

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person eine Invalidität erlitten hat.

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 Zustandes nicht zu erwarten ist.

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

2. Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss

- innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt sein.

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

3. Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invaliditätsleistung innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

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 Todesfallleistung (Klausel 0728), sofern diese vereinbart ist.

5. Berechnung der Invaliditätsleistung

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

6. Bemessung des Invaliditätsgrades

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der PlusTaxe (Nr. 7), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Nr. 8).

Der Invaliditätsgrad für die in Nr. 7 genannten inneren Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge) wird anstelle der Bewertung nach Absatz a) auf Ihren Wunsch nach Absatz b) bestimmt.

Beispiel: Betrifft ein Unfall mehrere innere Organe, kann die Invalidität durch Wechselwirkungen zwischen den Organen höher sein, als sich aus den in Nr. 7 festgelegten Werten ergibt. Sie können daher für innere Organe auch eine Bemessung nach Nr. 8 verlangen.

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 (§ 9 Nr. 3 der Bedingungen zur Unfallversicherung).

7. PlusTaxe

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

Arm einschließlich Schulterhaupt- und Schulterreckgelenk	80 %
Hand	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
andere Finger	10 %
für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	75 %
Bein	80 %
Fuß	60 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
Gehör auf einem Ohr	45 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Stimme	100 %
Niere	25 %
beide Nieren	100 %
falls eine Niere verloren war	100 %
Milz	10 %
Milz bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres	20 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm jeweils	25 %
ein Lungenflügel	50 %

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

Beispiel: Ist der Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8 % (= ein Zehntel von 80 %).

Bei einer Schädigung des Schulterhauptgelenkes (Oberarm und Schulterpfanne) und/oder des Schulterreckgelenkes (knöcherne Verbindung zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein) wird immer eine Beurteilung der Gebrauchsbeeinträchtigung des gesamten Armes vorgenommen.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Beispiel: Für den Verlust des Gehörs auf einem Ohr gilt ein Invaliditätsgrad von 45 %. Ist das Gehör auf einem Ohr um ein Fünftel beeinträchtigt, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 9 % (= ein Fünftel von 45 %). Ist das Gehör auf beiden Ohren um ein Fünftel beeinträchtigt, wird der festgestellte Invaliditätsgrad von 18 % (= 2 x 9 %) um die Hälfte erhöht. Damit leisten wir auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von insgesamt 27 % (= 18 % plus die Hälfte).

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in unterschiedlichem Umfang beeinträchtigt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das in geringerem Umfang beeinträchtigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Beispiel: Für die Funktionsunfähigkeit eines Auges gilt ein Invaliditätsgrad von 60 %. Ist die Sehkraft eines Auges um die Hälfte vermindert, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 30 % (= die Hälfte von 60 %). Ist das andere Auge um ein Fünftel beeinträchtigt, errechnet sich hierfür ein Invaliditätsgrad von 12 % (= ein Fünftel von 60 %). Da der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge verdoppelt wird, leisten wir auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von insgesamt 54 % (= 30 % für das höher geschädigte Auge plus 2 x 12 % für das geringer geschädigte Auge).

8. Bemessung außerhalb der PlusTaxe

Erfolgt die Bemessung gemäß Nr. 6 außerhalb der PlusTaxe richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßgeblich ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

9. Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn vom Unfall betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Nr. 7 und Nr. 8 bemessen.

Der Invaliditätsgrad vermindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist der Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 80 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 % (= ein Zehntel von 80 %). Diese 8 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 %.

Bei einer Schädigung des Schulterhauptgelenkes (Oberarm und Schulterpfanne) und/oder des Schulterreckgelenkes (knöcherne Verbindung zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein) wird immer eine Beurteilung der Gebrauchsbeeinträchtigung des gesamten Armes vorgenommen.

10. 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 (80 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (40 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 120 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

11. Invaliditätsanspruch 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 (Nr. 4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Nr. 1 bis Nr. 3 sind erfüllt.

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

Klausel 0652: Invaliditätsversicherung „XXL“ mit MaxiTaxe

1. Voraussetzung für die Leistung

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person eine Invalidität erlitten hat.

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 Zustandes nicht zu erwarten ist.

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

2. Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss

- innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt sein.

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

3. Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invaliditätsleistung innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

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 Todesfallleistung (Klausel 0728), sofern diese vereinbart ist.

5. Berechnung der Invaliditätsleistung

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

6. Bemessung des Invaliditätsgrades

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- a) nach der MaxiTaxe (Nr. 7), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- b) ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Nr. 8).

Der Invaliditätsgrad für die in Nr. 7 genannten inneren Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge) wird anstelle der Bewertung nach Absatz a) auf Ihren Wunsch nach Absatz b) bestimmt.

Beispiel: Betrifft ein Unfall mehrere innere Organe, kann die Invalidität durch Wechselwirkungen zwischen den Organen höher sein, als sich aus den in Nr. 7 festgelegten Werten ergibt. Sie können daher für innere Organe auch eine Bemessung nach Nr. 8 verlangen.

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 (§ 9 Nr. 3 der Bedingungen zur Unfallversicherung).

7. MaxiTaxe

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

Arm einschließlich Schulterhaup- und Schulterreckgelenk	100 %
Hand	90 %
Daumen	45 %
Zeigefinger	30 %
andere Finger	20 %
für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	90 %
Bein	100 %
Fuß	70 %
große Zehe	20 %
andere Zehe	10 %
Auge	70 %
Gehör auf einem Ohr	50 %
Geruchssinn	25 %
Geschmackssinn	25 %
Stimme	100 %

Niere	30 %
beide Nieren	100 %
falls eine Niere verloren war	100 %
Milz	20 %
Gallenblase	20 %
Magen	30 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm jeweils	30 %
ein Lungenflügel	50 %

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

Beispiel: Ist der Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 100 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 10 % (= ein Zehntel von 100 %).

Bei einer Schädigung des Schulterhauptgelenkes (Oberarm und Schulterpfanne) und/oder des Schultereckgelenkes (knöcherne Verbindung zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein) wird immer eine Beurteilung der Gebrauchsbeeinträchtigung des gesamten Armes vorgenommen.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Beispiel: Für den Verlust des Gehörs auf einem Ohr gilt ein Invaliditätsgrad von 50 %. Ist das Gehör auf einem Ohr um ein Fünftel beeinträchtigt, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 10 % (= ein Fünftel von 50 %). Ist das Gehör auf beiden Ohren um ein Fünftel beeinträchtigt, wird der festgestellte Invaliditätsgrad von 20 % (= 2 x 10 %) um die Hälfte erhöht. Damit leisten wir auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von insgesamt 30 % (= 20 % plus die Hälfte).

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in unterschiedlichem Umfang beeinträchtigt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das in geringerem Umfang beeinträchtigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Beispiel: Für die Funktionsunfähigkeit eines Auges gilt ein Invaliditätsgrad von 70 %. Ist die Sehkraft eines Auges um die Hälfte vermindert, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 35 % (= die Hälfte von 70 %). Ist das andere Auge um ein Fünftel beeinträchtigt, errechnet sich hierfür ein Invaliditätsgrad von 14 % (= ein Fünftel von 70 %). Da der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge verdoppelt wird, leisten wir auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von insgesamt 63 % (= 35 % für das höher geschädigte Auge plus 2 x 14 % für das geringer geschädigte Auge).

8. Bemessung außerhalb der MaxiTaxe

Erfolgt die Bemessung gemäß Nr. 6 außerhalb der MaxiTaxe richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßgeblich ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

9. Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn vom Unfall betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Nr. 7 und Nr. 8 bemessen.

Der Invaliditätsgrad vermindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist der Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 100 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 10 % (= ein Zehntel von 100 %). Diese 10 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 90 %.

Bei einer Schädigung des Schulterhauptgelenkes (Oberarm und Schulterpfanne) und/oder des Schultereckgelenkes (knöcherne Verbindung zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein) wird immer eine Beurteilung der Gebrauchsbeeinträchtigung des gesamten Armes vorgenommen.

10. 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 (100 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (50 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 150 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

11. Invaliditätsanspruch 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 (Nr. 4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Nr. 1 bis Nr. 3 sind erfüllt.

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

Klausel 0653: Invaliditätsversicherung „XXL“ mit HeilberufeTaxe

1. Voraussetzung für die Leistung

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person eine Invalidität erlitten hat.

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 Zustandes nicht zu erwarten ist.

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

2. Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss

- innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt sein.

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

3. Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invaliditätsleistung innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

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 Todesfallleistung (Klausel 0728), sofern diese vereinbart ist.

5. Berechnung der Invaliditätsleistung

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

6. Bemessung des Invaliditätsgrades

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- a) nach der HeilberufeTaxe (Nr.7), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- b) ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Nr. 8).

Der Invaliditätsgrad für die in Nr.7 genannten inneren Organe (Niere, Milz, Gallenblase, Magen, Darm und Lunge) wird anstelle der Bewertung nach Absatz a) auf Ihren Wunsch nach Absatz b) bestimmt.

Beispiel: Betrifft ein Unfall mehrere innere Organe, kann die Invalidität durch Wechselwirkungen zwischen den Organen höher sein, als sich aus den in Nr.7 festgelegten Werten ergibt. Sie können daher für innere Organe auch eine Bemessung nach Nr. 8 verlangen.

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 (§9 Nr.3 der Bedingungen zur Unfallversicherung).

7. HeilberufeTaxe

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

Arm einschließlich Schulterhaupt- und Schulterergelenk	100 %
Hand	100 %
Daumen	60 %
Zeigefinger	60 %
andere Finger	20 %
Bein	100 %
Fuß	70 %
große Zehe	20 %
andere Zehe	10 %
Auge	80 %
Gehör auf einem Ohr	50 %
Geruchssinn	25 %
Geschmackssinn	25 %
Stimme	100 %
Niere	30 %
beide Nieren	100 %
falls eine Niere verloren war	100 %
Milz	20 %
Gallenblase	20 %
Magen	30 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm jeweils	30 %
ein Lungenflügel	50 %

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

Beispiel: Ist der Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 100 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 10 % (= ein Zehntel von 100 %).

Bei einer Schädigung des Schulterhauptgelenkes (Oberarm und Schulterpfanne) und/oder des Schulterergelenkes (knöcherne Verbindung zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein) wird immer eine Beurteilung der Gebrauchsbeeinträchtigung des gesamten Armes vorgenommen.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte.

Beispiel: Für den Verlust des Gehörs auf einem Ohr gilt ein Invaliditätsgrad von 50 %. Ist das Gehör auf einem Ohr um ein Fünftel beeinträchtigt, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 10 % (= ein Fünftel von 50 %). Ist das Gehör auf beiden Ohren um ein Fünftel beeinträchtigt, wird der festgestellte Invaliditätsgrad von 20 % (= 2 x 10 %) um die Hälfte erhöht. Damit leisten wir auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von insgesamt 30 % (= 20 % plus die Hälfte).

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in unterschiedlichem Umfang beeinträchtigt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das in geringerem Umfang beeinträchtigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Beispiel: Für die Funktionsunfähigkeit eines Auges gilt ein Invaliditätsgrad von 80 %. Ist die Sehkraft eines Auges um die Hälfte vermindert, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 40 % (= die Hälfte von 80 %). Ist das andere Auge um ein Fünftel beeinträchtigt, errechnet sich hierfür ein Invaliditätsgrad von 16 % (= ein Fünftel von 80 %). Da der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge verdoppelt wird, leisten wir auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von insgesamt 72 % (= 40 % für das höher geschädigte Auge plus 2 x 16 % für das geringer geschädigte Auge).

8. Bemessung außerhalb der HeilberufeTaxe

Erfolgt die Bemessung gemäß Nr. 6 außerhalb der HeilberufeTaxe richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßgeblich ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

9. Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn vom Unfall betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Nr. 7 und Nr. 8 bemessen.

Der Invaliditätsgrad vermindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist der Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 100 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 10 % (= ein Zehntel von 100 %). Diese 10 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 90 %.

Bei einer Schädigung des Schulterhauptgelenkes (Oberarm und Schulterpfanne) und/oder des Schulterreckgelenkes (knöcherne Verbindung zwischen Schulterhöhe und Schlüsselbein) wird immer eine Beurteilung der Gebrauchsbeeinträchtigung des gesamten Armes vorgenommen.

10. 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 (100 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (50 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 150 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

11. Invaliditätsanspruch 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 (Nr. 4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Nr. 1 bis Nr. 3 sind erfüllt.

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

B. Progression (Gilt, sofern eine Basis-Progression, Progression oder PlusProgression vereinbart ist)

Klausel 0800: Basis-Progression

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt;
- b) bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % wird die volle für den Invaliditätsfall versicherte Summe ausgezahlt.

Klausel 0803: Progression 225 %

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zweifach entschädigt;
- b) der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.

Klausel 0802: Progression 300 %

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt;
- b) der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird vierfach entschädigt.

Klausel 0801: Progression 350 %

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt;
- b) der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünfmal entschädigt.

Klausel 0805: Progression 500 %

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt;
- b) der zwischen 50 % und 75 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird sechsfach entschädigt;
- c) der über 75 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zehnfach entschädigt.

Klausel 0806: Progression 1000%

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt;
- b) der zwischen 50 % und 75 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird vierzehnfach entschädigt;
- c) der über 75 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zweiundzwanzigfach entschädigt.

Klausel 0761: PlusProgression 225%

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt;
- b) der zwischen 50 % und 80 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird vierfach entschädigt.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 80 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 225 % der Versicherungssumme.

Klausel 0762: PlusProgression 300%

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird vierfach entschädigt;
- b) der zwischen 50 % und 80 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 80 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 300 % der Versicherungssumme.

Klausel 0763: PlusProgression 350%

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird vierfach entschädigt;
- b) der zwischen 50 % und 80 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird siebenfach entschädigt.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 80 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 350 % der Versicherungssumme.

Klausel 0764: PlusProgression 500%

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt;
- b) der zwischen 50 % und 80 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zehnfach entschädigt.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 80 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 500 % der Versicherungssumme.

Klausel 0766: PlusProgression 1000%

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 25 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- a) der zwischen 25 % und 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt;
- b) der zwischen 50 % und 80 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünfundzwanzigfach entschädigt.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 80 % erbringen wir die vereinbarte Maximalleistung von 1000 % der Versicherungssumme.

C. Unfall-Rente *(Gilt, sofern eine Unfall-Rente vereinbart ist)*

Klausel 0809: Unfall-Rente „XXL“

1. Art und Umfang der Leistung

Die Rente wird in der vereinbarten Höhe gezahlt, wenn ein Unfall nach den vereinbarten Bedingungen für die Invaliditätsversicherung zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % führt. Sie wird lebenslang bis zum Ablauf des Monats gewährt, in dem die versicherte Person stirbt.

Das Vorliegen des Mindest-Invaliditätsgrades von 50 % wird unabhängig von den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen angenommen, wenn der Unfall eine dauernde Pflegebedürftigkeit mit Anerkennung mindestens des Pflegegrades 2 im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Folge hat.

2. Fälligkeit der Rente

Wir zahlen die Rente

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

Die Rente wird fällig, sobald mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Ergibt die erste oder eine spätere Bemessung der Invalidität (§ 9 Nr. 3 der Bedingungen zur Unfallversicherung) einen Wegfall des Rentenanspruches, so wird die Rentenzahlung ab dem auf unsere Mitteilung folgenden Monat eingestellt.

3. Rentengarantiezeit

War ein endgültiger Rentenanspruch entstanden und stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 65. Lebensjahres, zahlen wir die Rente dennoch bis zum Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet worden wäre.

Mit Wirkung ab dem auf die Mitteilung über den Tod der versicherten Person folgenden Monat erbringen wir die Leistungen aus der Rentengarantie an die Erben der versicherten Person. Bis dahin zahlen wir mit befreiender Wirkung auf das uns zuletzt benannte Konto.

4. Lebensbescheinigungen

Ab dem 65. Lebensjahr sind wir berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Lebensbescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

D. Todesfall-Leistung *(Gilt, sofern eine Todesfall-Leistung vereinbart ist)*

Klausel 0728: Todesfall-Leistung „XXL“

1. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.

Der Anspruch entsteht auch, wenn die versicherte Person unfallbedingt im zweiten Jahr nach dem Unfall stirbt und keine Invaliditätsleistung fällig wird.

2. Bleiben leibliche oder adoptierte Kinder unter 18 Jahre als Vollwaise zurück, verdoppelt sich die Versicherungssumme. Voraussetzung ist, dass
 - a) beide Elternteile über diesen Vertrag versichert sind und
 - b) beide Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses versterben und
 - c) den Kindern die Todesfallleistung aufgrund ausdrücklicher Bezugsberechtigung oder als Erben zusteht.

Die Vollwaisen-Rente zugunsten der mitversicherten Kinder nach § 4 Nr. 26 der Bedingungen zur Unfallversicherung wird davon unabhängig gewährt.

3. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person im Sinne des Verschollenheitsgesetzes nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
4. In Erweiterung der Obliegenheiten nach § 7 der Bedingungen zur Unfallversicherung ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Zu den Folgen von Obliegenheitsverletzungen beachten Sie bitte § 8 der Bedingungen zur Unfallversicherung.

E. Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld

(Gilt, sofern ein Krankenhaus-Tagegeld ohne Genesungsgeld bzw. mit gestaffeltem oder ungestaffeltem Genesungsgeld vereinbart ist)

Klausel 0729: Krankenhaus-Tagegeld „XXL“

1. Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir in der vereinbarten Höhe für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Die Leistung erbringen wir auch für vollstationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen, Kuranstalten und Erholungsheimen.

2. Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir für bis zu fünf Jahre vom Unfalltag an gerechnet. Über das fünfte Unfalljahr hinaus leisten wir, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war (z.B. Entfernung des Osteosynthesematerials), wobei jedoch die Gesamtleistungsdauer auf 2.000 Tage begrenzt ist.
3. Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthaltes in dem betreffenden Land den doppelten Krankenhaus-Tagegeldsatz. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.
4. Im Falle einer unfallbedingten Operation wird das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld für mindestens drei Tage gezahlt. Die Mindestleistung wird auch erbracht, wenn die Operation ambulant durchgeführt wurde.

Klausel 0730: Krankenhaus-Tagegeld „XXL“ mit Genesungsgeld (750-Tage-Staffel)

1. Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir in der vereinbarten Höhe für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Die Leistung erbringen wir auch für vollstationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen, Kuranstalten und Erholungsheimen.
2. Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir für bis zu fünf Jahre vom Unfalltag an gerechnet. Über das fünfte Unfalljahr hinaus leisten wir, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war (z.B. Entfernung des Osteosynthesematerials), wobei jedoch die Gesamtleistungsdauer auf 2.000 Tage begrenzt ist.
3. Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthaltes in dem betreffenden Land den doppelten Krankenhaus-Tagegeldsatz. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.
4. Das Genesungsgeld wird zusätzlich für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens jedoch für 750 Tage. Das Genesungsgeld beträgt
 - für den 1. bis 10. Tag = 100 %
 - für den 11. bis 20. Tag = 50 %
 - für den 21. bis 750. Tag = 25 %

des Krankenhaus-Tagegeldes. Mehrere Krankenhaus-Aufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Krankenhaus-Aufenthalt abgerechnet.

5. Im Falle einer unfallbedingten Operation wird das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Die Mindestleistung wird auch erbracht, wenn die Operation ambulant durchgeführt wurde.

Klausel 0731: Krankenhaus-Tagegeld „XXL“ mit Genesungsgeld

1. Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir in der vereinbarten Höhe für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Die Leistung erbringen wir auch für vollstationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen, Kuranstalten und Erholungsheimen.

2. Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir für bis zu fünf Jahre vom Unfalltag an gerechnet. Über das fünfte Unfalljahr hinaus leisten wir, wenn eine Nachbehandlung nicht früher möglich war (z.B. Entfernung des Osteosynthesematerials), wobei jedoch die Gesamtleistungsdauer auf 2.000 Tage begrenzt ist.
3. Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhaus-Aufenthaltes in dem betreffenden Land den doppelten Krankenhaus-Tagegeldsatz. Als Ausland gelten nicht die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder in denen sie sich regelmäßig länger als drei Monate im Jahr aufhält.
4. Das Genesungsgeld wird zusätzlich in Höhe des vereinbarten Tagessatzes für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens jedoch für 750 Tage.
5. Im Falle einer unfallbedingten Operation wird das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld für mindestens drei Tage gezahlt. Die Mindestleistung wird auch erbracht, wenn die Operation ambulant durchgeführt wurde.

F. Übergangsleistung *(Gilt, sofern eine Übergangsleistung vereinbart ist)*

Klausel 0842: Übergangsleistung „XXL“ mit Sofortleistung bei Schwerverletzungen

1. Die vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistung wird gezahlt, wenn die versicherte Person unfallbedingt
 - im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
 - sechs Monate vom Unfalltag an
 - ununterbrochen
 - zu mindestens 50 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.
2. Die Versicherungssumme für Übergangsleistung wird abweichend von Nr. 1 bei Schwerverletzungen unter den in § 4 Nr. 21 der Bedingungen zur Unfallversicherung genannten Voraussetzungen sofort fällig.
3. In Erweiterung der Obliegenheiten nach § 7 der Bedingungen zur Unfallversicherung ist die Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend zu machen.

Zu den Folgen von Obliegenheitsverletzungen beachten Sie bitte § 8 der Bedingungen zur Unfallversicherung.

G. Alters- und Dynamikanpassung *(Es gilt grundsätzlich die Klausel 0724; sofern zusätzlich eine jährliche Leistungsdynamik vereinbart ist, gilt ausschließlich die Klausel 0725; ist anstelle der Anpassung der Beiträge die Altersanpassung der Versicherungssummen vereinbart, gilt ausschließlich die Klausel 0726)*

Klausel 0724: Altersanpassung der Beiträge

1. Wir führen in folgenden Altersgruppen zum Beginn jedes Versicherungsjahres eine Anpassung der zuletzt gültigen Beiträge um 5 Prozent durch:
 - a) für Kinder bis einschließlich 18 Jahre,
 - b) Erwachsene in Gefahrengruppe A ab 45 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente ab 50 bis 72 Jahre),

- c) Erwachsene in Gefahrengruppe B ab 57 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente ab 62 bis 72 Jahre).

Als Alter gilt die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr der Beitragsanpassung. Die Altersangaben zur Anpassung von Unfall-Renten gelten auch für Dynamex-Unfall-Renten.

2. Zum Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung, gegen die Sie innerhalb von sechs Wochen in Textform Widerspruch einlegen können. Auf diese Frist werden wir Sie jeweils hinweisen.
3. Im Falle des rechtzeitigen Widerspruchs wird die erfolgte Anpassung rückgängig gemacht. Anstelle der Erhöhung der Beiträge werden die Versicherungssummen im entsprechenden Verhältnis vermindert (Division durch 1,05) und auf volle Euro kaufmännisch gerundet.
4. Sie können jederzeit bestimmen, dass auch in Zukunft anstelle der jährlichen Beitragserhöhungen nach Nr. 1 jeweils eine Verminderung der Versicherungssummen entsprechend Nr. 3 erfolgt.
5. Wir können eine Vertragsfortsetzung von der Umstellung auf einen Tarif mit geringerem beitragsfreiem Leistungsumfang abhängig machen, wenn alle beitragspflichtig vereinbarten Versicherungssummen die folgenden Mindestbeträge unterschreiten:

25.000 Euro für den Invaliditätsfall

15.000 Euro für Invalidität mit Progression 1.000%

250 Euro Unfall-(Fest-)Rente

150 Euro Rentenfaktor Dynamex 2

50 Euro Rentenfaktor Dynamex 3+.

Sofern wir von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen, werden wir Ihnen spätestens 3 Monate vor Ende eines Versicherungsjahres entsprechende Vorschläge unterbreiten. Die Verlängerung des Vertrages mit neuen Bedingungen erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Klausel 0725: Alters- und Dynamik-Anpassung

1. Wir führen in folgenden Altersgruppen zum Beginn jedes Versicherungsjahres eine Anpassung der zuletzt gültigen Beiträge um 5 Prozent durch:
 - a) für Kinder bis einschließlich 18 Jahre,
 - b) Erwachsene in Gefahrengruppe A ab 45 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente ab 50 bis 72 Jahre),
 - c) Erwachsene in Gefahrengruppe B ab 57 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente ab 62 bis 72 Jahre).

Als Alter gilt die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr der Beitragsanpassung. Die Altersangaben zur Anpassung von Unfall-Renten gelten auch für Dynamex-Unfall-Renten.

2. Soweit keine Altersanpassung gemäß Nr. 1 stattfindet, erhöhen sich die zuletzt gültigen beitragspflichtigen Versicherungssummen zum Beginn des Versicherungsjahres um 5 Prozent. Die Versicherungssummen werden auf volle Euro aufgerundet. Die Beiträge erhöhen sich im gleichen Verhältnis, wie die Versicherungssummen.
3. Zum Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung, gegen die Sie innerhalb von sechs Wochen in Textform Widerspruch einlegen können. Auf diese Frist werden wir Sie jeweils hinweisen.

4. Im Falle des rechtzeitigen Widerspruchs wird die erfolgte Anpassung rückgängig gemacht. War eine Anpassung nach Nr. 1 erfolgt, werden anstelle der Erhöhung der Beiträge die Versicherungssummen im entsprechenden Verhältnis vermindert (Division durch 1,05) und auf volle Euro kaufmännisch gerundet.

5. Sie und wir können die Vereinbarung über die Erhöhung von Versicherungssummen und Beiträgen nach Nr. 2 mit Wirkung ab dem nächsten Versicherungsjahr für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages in Textform widerrufen. Wir haben dabei eine Frist von 3 Monaten einzuhalten.

6. Zusammen mit Ihrer Erklärung nach Nr. 5 können Sie darüber hinaus bestimmen, dass künftig anstelle der jährlichen Beitragserhöhungen nach Nr. 1 jeweils eine Verminderung der Versicherungssummen entsprechend Nr. 4 erfolgt.

7. Wir können eine Vertragsfortsetzung von der Umstellung auf einen Tarif mit geringerem beitragsfreiem Leistungsumfang abhängig machen, wenn alle beitragspflichtig vereinbarten Versicherungssummen die folgenden Mindestbeträge unterschreiten:

25.000 Euro für den Invaliditätsfall
15.000 Euro für Invalidität mit Progression 1.000%
250 Euro Unfall-(Fest-)Rente
150 Euro Rentenfaktor Dynamex 2
50 Euro Rentenfaktor Dynamex 3+.

Sofern wir von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen, werden wir Ihnen spätestens 3 Monate vor Ende eines Versicherungsjahres entsprechende Vorschläge unterbreiten. Die Verlängerung des Vertrages mit neuen Bedingungen erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Klausel 0726: Altersanpassung der Versicherungssummen

1. In folgenden Altersgruppen vermindern sich zum Beginn jedes Versicherungsjahres die zuletzt gültigen beitragspflichtigen Versicherungssummen, indem diese durch den Faktor 1,05 dividiert werden:

- für Kinder bis einschließlich 18 Jahre,
- Erwachsene in Gefahrengruppe A ab 45 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente ab 50 bis 72 Jahre),
- Erwachsene in Gefahrengruppe B ab 57 Jahre bis einschließlich 82 Jahre (Unfall-Rente ab 62 bis 72 Jahre).

Als Alter gilt die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr der Summenanpassung. Die Altersangaben zur Anpassung von Unfall-Renten gelten auch für den Dynamex-Rentenfaktor.

2. Zum Anpassungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die verminderten Versicherungssummen, gegen die Sie innerhalb von sechs Wochen in Textform Widerspruch einlegen können. Auf diese Frist werden wir Sie jeweils hinweisen.

3. Im Falle des rechtzeitigen Widerspruchs wird die erfolgte Anpassung rückgängig gemacht. Anstelle der Verminderung der Versicherungssummen werden die zuletzt gültigen Beiträge um 5 Prozent erhöht.

4. Sie können jederzeit bestimmen, dass auch in Zukunft anstelle der jährlichen Verminderung der Versicherungssummen nach Nr. 1 jeweils die Beiträge entsprechend Nr. 3 erhöht werden.

5. Wir können eine Vertragsfortsetzung von der Umstellung auf einen Tarif mit geringerem beitragsfreiem Leistungsumfang abhängig machen, wenn alle beitragspflichtig vereinbarten Versicherungssummen die folgenden Mindestbeträge unterschreiten:

25.000 Euro für den Invaliditätsfall
15.000 Euro für Invalidität mit Progression 1.000%
250 Euro Unfall-(Fest-)Rente
150 Euro Rentenfaktor Dynamex 2
50 Euro Rentenfaktor Dynamex 3+.

Sofern wir von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen, werden wir Ihnen spätestens 3 Monate vor Ende eines Versicherungsjahres entsprechende Vorschläge unterbreiten. Die Verlängerung des Vertrages mit neuen Bedingungen erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

H. Infektionsklauseln (Gilt für die jeweils unter Nr. 1 der folgenden Klauseln aufgeführten Berufsgruppen)

Klausel 0750: Infektionsklausel für Ärzte und Zahnärzte

1. Die nachstehenden Bestimmungen gelten sofern und solange die versicherte Person als Ärztin/Arzt oder Zahnärztin/Zahnarzt oder als Studentin/Student der Medizin oder Zahnheilkunde tätig ist.

2. In Ergänzung der Bedingungen zur Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz, wenn sich die versicherte Person in Ausübung ihrer Berufstätigkeit infiziert. Dabei muss aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgehen, dass die Krankheitserreger auf folgende Weise 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, wobei Anhauchen, Anniesen oder Anhusten den Tatbestand des Einspritzens nicht erfüllen (Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose).

3. Abweichend von den Bedingungen zur Unfallversicherung besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditäts-Leistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und von einem Arzt schriftlich festgestellt wird sowie innerhalb weiterer drei Monate von Ihnen bei uns geltend gemacht wird.

Klausel 0751: Infektionsklausel für Tierärzte

1. Die nachstehenden Bestimmungen gelten sofern und solange die versicherte Person als Tierärztin/Tierarzt oder als Studentin/Student der Tierheilkunde tätig ist.

2. In Ergänzung der Bedingungen zur Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz, wenn sich die versicherte Person in Ausübung ihrer Berufstätigkeit infiziert. Dabei muss aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgehen, dass die Krankheitserreger auf folgende Weise 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, wobei Anhauchen, Anniesen oder Anhusten den Tatbestand des Einspritzens nicht erfüllen.

3. Abweichend von den Bedingungen zur Unfallversicherung besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditäts-Leistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und von einem Arzt schriftlich festgestellt wird sowie innerhalb weiterer drei Monate von Ihnen bei uns geltend gemacht wird.

Klausel 0752: Infektionsklausel für Heilberufe

1. Die nachstehenden Bestimmungen gelten sofern und solange die versicherte Person in einem Heilberuf tätig ist.
2. In Ergänzung der Bedingungen zur Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz, wenn sich die versicherte Person in Ausübung ihrer Berufstätigkeit infiziert. Dabei muss aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgehen, dass die Krankheitserreger auf folgende Weise in den Körper gelangt sind:
 - a) durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss oder
 - b) durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase, wobei Anhauchen, Anniesen oder Anhusten den Tatbestand des Einspritzens nicht erfüllen (Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose).
3. Abweichend von den Bedingungen zur Unfallversicherung besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditäts-Leistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und von einem Arzt schriftlich festgestellt wird sowie innerhalb weiterer drei Monate von Ihnen bei uns geltend gemacht wird.

Klausel 0753: Infektionsklausel für Zahntechniker, Chemiker und Desinfektoren

1. Die nachstehenden Bestimmungen gelten sofern und solange die versicherte Person als Zahntechniker/in, Chemiker/in oder Desinfektor/in tätig ist.
2. In Ergänzung der Bedingungen zur Unfallversicherung besteht Versicherungsschutz, wenn sich die versicherte Person in Ausübung ihrer Berufstätigkeit infiziert. Dabei muss aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgehen, dass die Krankheitserreger auf folgende Weise in den Körper gelangt sind:
 - a) durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss oder
 - b) durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase, wobei Anhauchen, Anniesen oder Anhusten den Tatbestand des Einspritzens nicht erfüllen.
3. Abweichend von den Bedingungen zur Unfallversicherung besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditäts-Leistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und von einem Arzt schriftlich festgestellt wird sowie innerhalb weiterer drei Monate von Ihnen bei uns geltend gemacht wird.

I. Luftfahrtunfälle (Gilt für Führer oder sonstige Besatzungsmitglieder eines Luftfahrzeuges)

Klausel 0860: Besondere Bedingungen für den Ausschluss von Luftfahrtunfällen

Die Bedingungen zur Unfallversicherung regeln in § 3 Nr. 1 den Ausschluss von Unfällen als Führer oder sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges. Ausgeschlossen sind dabei Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges (während des Fluges, beim Ein- und Aussteigen, beim Be- und Entladen, bei Kontrollen vor und nach dem Flug). Für solche Unfälle wird der Abschluss einer Luftfahrt-Unfallversicherung empfohlen.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die von uns gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Personenbezogene Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der InterRisk Versicherungs-AG Vienna Insurance Group, Carl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.