

Meine Ostangler Unfallversicherung PREMIUM

1 Was leistet mein Unfallschutz?

1.1 Der Ostangler Unfallschutz hilft, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages einen Unfall erleidet. Der Unfallschutz gilt weltweit, rund um die Uhr, im beruflichen und außerberuflichen Bereich. Wir unterstützen die versicherte Person nach einem Unfall mit den vereinbarten Hilfe- und Geldleistungen, um die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen des Unfalles zu mildern. Sie erhalten eine Servicecard mit einer Schadenhotline von 24 Stunden. Beitragsneutrale Neuerungen sind automatisch mitversichert.

1.2 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.3 Als Unfall gilt bzw. gelten auch

1.3.1 wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird;
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

1.3.2 durch eine erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- und Unterleibsbrüche;

1.3.3 tauchtypische Gesundheitsschäden;

1.3.4 unfreiwilliges Erfrieren, Ersticken, Ertrinken;

1.3.5 Gesundheitsschäden durch plötzlich oder allmählich einwirkende Gase oder Dämpfe;

1.3.6 das unfreiwillige Einwirken von Gasen, Dämpfen oder Säuren, soweit es sich um die Folgen eines einzelnen, vom alltäglichen Geschehen abweichenden, unerwartet eintretenden Ereignisses handelt;

1.3.7 plötzliche Gesundheitsschäden infolge der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen;

1.3.8 das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches;

1.3.9 unfreiwilliger Flüssigkeits-, Sauerstoff- oder Nahrungsentzug;

1.3.10 durch Eigenbewegung verursachte Schädigungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule;

1.3.11 allergische Reaktionen auf Insektenstiche;

1.3.12 das Eintreten eines erstmaligen Oberschenkelhalsbruchs, ohne das ein Ereignis nach Ziffer 1.2 vorliegt.

Wir leisten im Fall eines Oberschenkelhalsbruches einen einmaligen Kapitalbetrag von 5.000 Euro.

Diese Leistung wird pro Unfallereignis jeweils gesondert für den Bruch des Oberschenkelhalses auf der link und/oder der rechten Seite gewährt.

Ein Mehrfachbruch eines Oberschenkelhalses gilt als ein Bruch.

1.4 Bitte beachten Sie hierbei auch folgende Ziffern, die im Schadenfall Anwendung finden können:

- Ziffer 3: Was ist in welchem Umfang versichert?
- Ziffer 4: Was ist nicht bzw. nicht in vollem Umfang versichert?
- Ziffer 5: Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?

2 Wer ist versichert?

2.1 Alle Personen, die im Versicherungsschein als „versicherte Personen“ genannt sind, gelten als versichert.

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich Ihnen zu.

2.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung.

Sobald die versicherte Person schwerstpflegebedürftig ist, endet für diese die Versicherung. Die für den Schwerstpflegebedürftigen ab diesem Zeitpunkt gezahlten Beiträge erstatten wir Ihnen.

3 Was ist in welchem Umfang versichert?

Der Ostangler Unfallschutz bietet ein ganzes Bündel von Leistungsarten, die je nach Bedarf vereinbart werden können. Sie werden im Folgenden aufgeführt.

Die vereinbarten Leistungsarten und die jeweilige Höhe der Versicherungssummen entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein und den darin enthaltenen Versicherungsbedingungen.

3.1 Voraussetzungen für eine Kapitalleistung/Rentenleistung bei Invalidität

3.1.1 Definition Invalidität

Invalidität liegt vor, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustands nicht erwartet werden kann.

3.1.2 Voraussetzungen für den Anspruch

Die Invalidität ist innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten,
- von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

3.1.3 Höhe der Invalidität

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von Sinnesorganen oder Körperteilen gelten folgende Invaliditätsgrade:

Arm	85 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	15 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	85 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis unterhalb des Knies	75 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
Fuß	65 %
Große Zehe	15 %
andere Zehe	8 %
Niere	20 %
eine Niere, falls die andere Niere bereits verloren war	20 %
beide Nieren	100 %
Milz	10 %
Auge	60 %
Gehör auf einem Ohr	50 %
Geruchsin	15 %

Geschmackssinn	10 %
Stimme	100 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dick-, Dünn- und Enddarm je ein Lungenflügel	25 %
	50 %
Gelenkersatz an Schulter-, Ellbogen-, Handgelenk jeweils	30 %
Gelenkersatz an Hüft-, Knie-, Sprunggelenk jeweils	30 %

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

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit – nach ausschließlich medizinischen Gesichtspunkten – insgesamt beeinträchtigt ist.

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um diese Vorinvalidität gemindert. Diese bemisst sich nach den vorstehenden Bemessungsmaßstäben.

Sind durch einen Unfall mehrere Körperteile oder Sinnesorgane dauernd betroffen, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade bis zu maximal 100 Prozent zusammengerechnet.

3.1.4 Neubemessung des Grades der Invalidität

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht
- von Ihnen vor Ablauf der Frist

ausgeübt werden.

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

3.1.5 Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, oder
- gleichgültig aus welcher Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall

und war ein Anspruch auf Leistung entstanden, so leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Leistung aus der Invalidität.

3.2 Kapitalleistung bei Invalidität

3.2.1 Wir zahlen einen Kapitalbetrag, wenn eine Invalidität gemäß Ziffer 3.1 vorliegt. Bei vollständiger Invalidität zahlen wir die volle Versicherungssumme. Bei Teilinvalidität zahlen wir den dem Invaliditätsgrad entsprechenden Teil der Versicherungssumme.

3.2.2 Bei sportlichen Aktivitäten wie z.B. Skifahren, Fahrradfahren, Skaten, Inlinern, Reiten, usw. wird bei unfallbedingten Kopfverletzungen eine um zehn Prozent höhere Kapitalleistung bei Invalidität erbracht, wenn zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein geeigneter Helm getragen wurde.

3.3 Rentenleistung bei Invalidität

3.3.1 Wir zahlen eine Rente ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent gemäß Ziffer 3.1 und Ziffer 5 in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

- 3.3.2** Wir zahlen die vereinbarte monatliche Rente rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem der Unfall passiert ist.
Wir zahlen die Rente bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.
Voraussetzung ist, dass sich dies durch eine nach Ziffer 3.1.4 vorgenommene Neubemessung ergibt.
Die Zahlung endet mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person verstorben ist.
- 3.3.3** Wenn wir eine Rente zahlen, sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Solange uns die angeforderte Bescheinigung nicht vorliegt, zahlen wir keine Rente.
- 3.4 Auswahl von Rehabilitationsmaßnahmen**
Wir unterstützen die versicherte Person in Zusammenarbeit mit Reha Assist bei der Auswahl eventueller Rehabilitationsmaßnahmen, sofern die Invalidität nach Ziffer 3.1.1 mindestens einen Grad von 30 Prozent erreicht.
- 3.5 Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld**
- 3.5.1** Wir zahlen für jeden Tag unfallbedingter vollstationärer Heilbehandlung der versicherten Person das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld. Krankenhaus-Tagegeld wird auch gewährt für stationäre Behandlungen in einem Rehabilitationszentrum, wenn diese unmittelbar anschließend nach einer unfallbedingten stationären Krankenhausbehandlung stattfinden. Das Krankenhaus-Tagegeld zahlen wir bis zu drei Jahre ab dem Unfalltag.
Wir zahlen fünf Tagessätze, wenn die versicherte Person unfallbedingt ambulant chirurgisch operiert wird.
Eine ambulante chirurgische Operation ist ein Eingriff, der unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt. Eine reine Wundversorgung fällt nicht hierunter.
- 3.5.2** Genesungsgeld zahlen wir in vereinbarter Höhe für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 500 Tage.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aus der vollstationären oder ambulant chirurgischen Behandlung entlassen wird und Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 3.5.1 hatte.
- 3.6 Rooming-in-Leistung**
Muss eine versicherte Person unfallbedingt vollstationär aufgenommen werden, zahlen wir bei gleichzeitiger Aufnahme einer betreuenden Person, eines Ehepartners/ eingetragenen Lebenspartners, eines Partners einer häuslichen ehe-ähnlichen Gemeinschaft oder eines Elternteils für diese Person einen Tagessatz. Der Tagessatz beträgt 30 Euro, begrenzt auf höchstens 100 Tage.
- 3.7 Tagegeld**
Ist die versicherte Person unfallbedingt in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, zahlen wir ein Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet.
Wir berechnen das Tagegeld nach der vereinbarten Versicherungssumme und dem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung.
Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.
- 3.8 Todesfalleistung**
Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall-

ereignis, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme.

Ist die versicherte Person bei einer Fahrt auf See, bei einem Flug oder unter sonstigen Umständen verschollen, zahlen wir unter folgenden Voraussetzungen die vereinbarte Todesfallsumme:

- Aufgrund der Umstände ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit von einem Unfallereignis auszugehen.
 - Der/die Verschollene wurde von einem deutschen Gericht im Aufgebotsverfahren für tot erklärt.
 - Der in der amtlichen Todeserklärung festgelegte Zeitpunkt des Todes fällt in die Wirksamkeit des Vertrages.
- Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person
- in einem Kriegs- oder Krisengebiet und/oder
 - als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder bei einer mithilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit verschollen ist.

Die Todesfallleistung ist zurückzuzahlen, wenn die versicherte Person die Todeserklärung überlebt.

Werden beide versicherten Elternteile durch ein Unfallereignis tödlich verletzt und haben die bezugsberechtigten Kinder das 14. Lebensjahr nicht vollendet, kommt die doppelte vereinbarte Todesfallleistung zur Auszahlung, höchstens jedoch eine Gesamtleistung von 50.000 Euro.

Die vorgenannte Gesamtleistung gilt auch dann, wenn mehrere Verträge bei uns bestehen.

3.9 Kosten für kosmetische Operationen

Ändert sich unfallbedingt das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person, zahlen wir die Kosten für die ärztliche Behandlung. Bei unfallbedingtem Verlust bzw. Teilverlust von natürlichen Zähnen zahlen wir die zahnärztlichen Behandlungs- und Zahnersatzkosten. Die Kosten übernehmen wir insgesamt bis zur vereinbarten Versicherungssumme unter Abzug einer generellen Selbstbeteiligung von 250 Euro, pro Person und Unfallereignis. Die Maßnahme muss innerhalb von fünf Jahren ab dem Unfalltag bzw. bei Minderjährigen bis zum 21. Geburtstag erfolgen.

Erbringen Dritte hierfür Leistungen, entfällt unsere Leistungspflicht komplett.

3.10 Rettungs- und Bergungskosten

3.10.1. Wir zahlen nach einem Unfall der versicherten Person bis zur vereinbarten Versicherungssumme die Kosten für

- Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, auch wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war,
- einen ärztlich angeordneten Transport zum Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik,
- den notwendigen Mehraufwand zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz,
- eine Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen,
- die Überführung an den letzten Wohnsitz bei unfallbedingtem Tod.

3.10.2. Bei Unfällen im Ausland ersetzen wir zusätzlich

- die Heimfahrt- und Unterbringungskosten für mitreisende Partner und Kinder,
- bei unfallbedingtem Tod die Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführungskosten zum letzten ständigen Wohnsitz im Inland.

3.10.3. Erbringen Dritte hierfür Leistungen, entfällt insoweit unsere Leistungspflicht komplett.

3.11 Familien-Plus

Heiraten Sie oder die versicherte Person, ist der hinzukommende Ehepartner ab

diesem Tag sechs Monate lang beitragsfrei mitversichert.

Dies gilt auch für durch Geburt oder durch Heirat hinzukommende minderjährige Kinder.

Die Mitversicherung erfolgt mit diesen Versicherungssummen:

Kapitalleistung bei Invalidität 100.000 Euro

Todesfalleistung 50.000 Euro

Rettungs- und Bergungskosten 20.000 Euro

Mögliche Zusatzleistungen, wie z.B. erhöhte Gliedertaxen, Mehrleistungen und Progressionen, gelten als nicht vereinbart.

3.12 Zusätzliche Kurbeihilfe und Kurkostenbeihilfe

Versicherungsschutz bei Kuren/Sanatoriumsaufenthalten:

3.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Kur/einen medizinisch notwendigen Sanatoriumsaufenthalt durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht, insbesondere nicht die Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme, d.h. die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer Krankenanstalt, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt.

3.12.2 Höhe der Leistung für die Kurbeihilfe

Die Kurbeihilfe wird in Höhe von 6.000 Euro einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 5 berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.12.3 Höhe der Leistung für die Kurkostenbeihilfe

Wir leisten nach Zahlung und unter Anrechnung der Kurbeihilfe im Rahmen der Versicherungssumme für die Kurkostenbeihilfe bis zu 6.000 Euro Ersatz für weitere nachgewiesene

- Kosten für Kurbehandlungen und Anwendungen
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einer Kurklinik oder einem Krankenhaus, sofern die Kuranwendungen im Vordergrund stehen.

Ausgeschlossen von der Erstattung sind die Kosten

- für Nahrungs- und Genussmittel sowie
- für Bade- und Erholungsreisen.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie sich direkt an uns wenden. Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

3.13 Sofortleistung bei schweren Verletzungen

Der Versicherte erhält je nach vereinbarter Leistungsart eine einmalige Sofortleistung in Höhe von zehn Prozent der Grundversicherungssumme der Kapitalleistung bei Invalidität (höchstens jedoch 20.000 Euro) und/oder drei Monatsrenten einer vereinbarten Rentenleistung bei Invalidität (höchstens jedoch 5.000 Euro), wenn anlässlich eines unter die Versicherung fallenden Unfalles, folgende schwere

Verletzungen eingetreten sind:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks oder
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand oder
- Schädel-Hirnverletzung (Contusio/Hirnquetschung oder Hirnblutung) oder
- Verbrennung 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche oder
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; (Sehschärfe nicht mehr als 1/20)
- Schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma
- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
- Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur einer oder mehrerer Wirbelkörper
 - Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs

Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalles nur einmal erbracht, auch wenn die versicherte Person bei uns über mehrere Unfallverträge versichert ist, sie wird nicht auf die eventuelle Kapital- oder Rentenleistung bei Invalidität angerechnet.

Zur Geltendmachung der Sofortleistung ist spätestens zwei Monate nach Eintritt des Unfalles ein ärztliches Attest einzureichen, aus dem die erlittenen Verletzungen hervorgehen. Das Attest ist auch dann erforderlich, wenn der Unfall bereits gemeldet wurde. Der Anspruch auf die Sofortleistung entfällt, wenn das Attest nicht innerhalb der vorgenannten Frist bei uns eingegangen ist oder der Versicherte innerhalb von vier Wochen vom Unfalltag an gerechnet, stirbt.

3.14 Kosten für eine Haushaltshilfe oder Tagesmutter

Wir übernehmen die Kosten für eine Haushaltshilfe oder Tagesmutter, wenn sich die den Haushalt versorgende Person (Haushaltsführer) wegen eines Unfalles, welcher unter den Vertrag fällt, in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Für jeden Anwesenheitstag der Haushaltshilfe oder jeden Aufenthaltstag bei der Tagesmutter wird eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Tagen gezahlt.

Eine Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe setzt voraus, dass im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein im Verhältnis zur versicherten Person unterhaltsberechtigtes Kind zu versorgen ist.

Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe/Tagesmutter nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Gleiches gilt bei versicherten Ehegatten.

Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistungen und Beitrag nicht teil.

3.15 Raubüberfälle, Geiselnahmen und Entführungen

3.15.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person wird Opfer eines Raubüberfalles, einer Geiselnahme oder einer Entführung

Der Raubüberfall, die Geiselnahme oder die Entführung wurde bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und dort protokolliert.

3.15.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten einmalig einen Betrag von 10.000 Euro. Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistungen und Beitrag nicht teil.

3.16 **Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen**

Werden nach einem unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall Rehabilitationsmaßnahmen ärztlich verordnet, so organisieren wir auf Ihren Wunsch eine entsprechende Reha-Beratung durch von uns beauftragte, versierte Spezialisten. Die Kosten für die Reha-Beratung übernehmen wir.

3.17 **Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen**

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten bis zu einer Summe von 15.000 Euro für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, sofern dieser bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall ärztlich verordnet und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis angetreten werden. Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der ärztlichen Verordnung durch Sie fällig und setzt eine vorherige Reha-Beratung durch uns voraus. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

3.18 **Übergangsleistung**

3.18.1 Voraussetzungen für die Übergangsleistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

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

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

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als sechs Monaten ausgehen.

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

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

3.18.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe von 10.000 Euro.

3.19 **Erbblindung**

3.19.1. Wir leisten bei der augenärztlichen Diagnose der Blindheit der versicherten Person.

Als Erbblindung in diesem Sinne gilt:

- die Sehschärfe (Visus) beträgt höchstens 0,02 Dioptrin oder
- eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf fünf Grad und weniger, jeweils bezogen auf das bessere und voll korrigierte Auge.

3.19.2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe von 5.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.20 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma oder wird sie unfallbedingt in ein künstliches Koma versetzt, so werden für die Dauer dieses Zustandes längstens für 64 Wochen, wöchentlich 100 Euro gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen mit der Zusatzleistung Komageld, so kann diese nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.21 Medizinische Hilfsmittel/Behindertengerechte Umbauten

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten bis zu einer Gesamtsumme von 20.000 Euro für

3.21.1. Medizinische Hilfsmittel:

Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl bzw. Krankenfahrrad und Blindenführhund, sofern diese bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt werden.

3.21.2. Behindertengerechte Umbauten:

- den behindertengerechten Umbau des Einfamilienhauses/der Wohnung der versicherten Person,
- den Umzug in ein anderes behindertengerechtes Einfamilienhaus oder in eine entsprechende Wohnung,
- den Umbau eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug, sofern dies bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall notwendig ist und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt wird. Die Notwendigkeit ist durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung ergibt sich nur, wenn unfallbedingt ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent vorliegt.

Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Kosten durch Vorlage der Belege durch Sie fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

3.22 Nachhilfekosten

Die unfallbedingten Verletzungen des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung und halten es deshalb vom Schulunterricht ab. Für jeden Abwesenheitstag von allgemeinen oder berufsbildenden Schulen wird dann eine Kostenpauschale von 30 Euro für bis zu 100 Tage gezahlt.

4 Was ist nicht bzw. nicht in vollem Umfang versichert?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörung. Versichert sind jedoch Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

- infolge von Herzinfarkt oder Schlaganfall,
- infolge der Einnahme ärztlich verordneter Medikamente,
- infolge des Zustandes der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung, sofern diese nicht auf einer Erkrankung oder Alkoholkonsum beruht.
- Infolge von epileptischen Anfällen oder anderen Krampfanfällen, die den ganzen Körper ergreifen.

4.1.2 Unfälle durch Trunkenheit der versicherten Person.

Versichert sind jedoch Unfälle, wenn der Blutalkoholwert zum Unfallzeitpunkt

- beim Führen von Kraftfahrzeugen unter 1,5 ‰
 - bei allen anderen Unfällen unter 3,0 ‰
- liegt.

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

Unfälle bei der Benutzung von Land- oder Wasserfahrzeugen sind mitversichert, wenn die versicherte Person keinen Führerschein hat und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Voraussetzung ist, dass der Zugriff auf das Fahrzeug ohne weitere Straftat möglich war.

4.1.4 Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch ABC-Waffen,
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

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

4.1.5 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
- bei einer mithilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen und Luftfahrzeugen in Form von Hängegleitern, Gleitsegeln, Ultraleichtflugzeugen und Fallschirmen auch sofern für das Führen dieser Luftfahrzeuge keine Erlaubnis benötigt wird.

4.1.6 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Auch die dazugehörigen Übungsfahrten sind ausgeschlossen.

Mitversichert sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie gelegentlich als Fahrer eines Karts an Fahrtveranstaltungen teilnimmt. Hierbei handelt es sich um Fahrten im Rahmen der Freizeitgestaltung ohne dass eine Regelmäßigkeit gegeben ist.

4.1.7 Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4.1.8 Vergiftungen durch Gase und Dämpfe die durch den Beruf an sich bedingten allmählich zustande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten), insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien.

4.2 Außerdem besteht kein Versicherungsschutz für folgende Gesundheitsschäden der versicherten Person:

4.2.1 Gesundheitsschäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen oder Gehirnblutungen.

Versichert sind diese Gesundheitsschäden jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.2 die überwiegende Ursache ist.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser- oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Diese dürfen aber nicht Folgen des regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaturen sein. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

4.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versichert sind diese Gesundheitsschäden jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis veranlasst waren. Dies gilt auch für strahlendiagnostische und -therapeutische Maßnahmen.

Weiterhin gelten Pedi- oder Maniküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut als mitversichert.

4.2.4 Infektionen.

Versichert sind jedoch

- Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person verursacht sind, wenn diese durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis veranlasst wurden.
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind.
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangen. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.
- Die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Frühsommermeningitis/Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlaf-/Tsetsekrankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus oder Windpocken.

Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

Schutzimpfungen gelten als erstmalige Infektion, soweit gegen die vorgenannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung

- Gesetzlichen vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder
- Sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.

Ausgeschlossen bleiben Infektionen die durch einen Terrorakt verursacht wurden oder aber die Schutzimpfung in direktem Zusammenhang mit einem Terrorakt steht.

Ein Anspruch auf Kapitalleistung bei Invalidität entsteht nur wenn sich ein Invaliditätsgrad von mehr als 20 Prozent ergibt. Wir zahlen dann jedoch die vereinbarte Leistung bei Invalidität einschließlich des Anteils bei 20 Prozent Invalidität.

Haben Krankheiten und Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser mindestens 30 Prozent beträgt. Darüber hinaus gilt folgende Regelung bei erstmaliger Infektion:

Für Infektionen beginnt der Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Für während der Vertragsdauer geborene Kinder entfällt die Wartezeit und der Versicherungsschutz beginnt ab Vollendung der Geburt.

- 4.2.5** Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und gilt auch für Alkoholvergiftungen. Mitversichert sind jedoch die Folgen von Lebensmittelvergiftungen. Für ein versichertes Tagegeld gilt: ein Tagegeld wird erst ab dem 15. Tag ab Beginn der ärztlichen Behandlung gezahlt und längstens bis zum 50. Tag ab einer solchen ärztlichen Behandlung.
- 4.2.6** Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Mitversichert sind jedoch die Folgen psychischer und nervöser Störungen, wenn diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen ist.
- 4.2.7** Bauch- oder Unterleibsbrüche. Versichert sind sie jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

5 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens – bei Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, – in allen anderen Fällen die Leistung.

Wir verzichten darauf, wenn der Anteil unter 55 Prozent liegt.

6 Welche Obliegenheiten bestehen im Versicherungsfall?

- 6.1** Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung aus dem Unfallvertrag führt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen und seine Anordnungen befolgen. Sie müssen uns unverzüglich informieren. Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- 6.2** Wir schicken Ihnen eine Unfall-Schadenanzeige. Diese müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden. Wenn wir Sie um weitere Informationen bitten, müssen Sie uns diese erteilen.
- 6.3** Falls wir eine medizinische Beurteilung benötigen, können wir Ärzte beauftragen, von denen sich die versicherte Person untersuchen lassen muss. Wir tragen die

notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausschlags.
Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, müssen ermächtigt werden, uns alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden.

- 6.4** Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von fünf Monaten zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Wir können eine Obduktion verlangen. Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, die Erben oder bezugsberechtigten Personen Kenntnis vom Tod des Versicherten haben.
- 6.5** Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben fahrlässig eine unrichtige Anzeige ab oder unterlassen fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen ein Zuschlagsbeitrag zu entrichten ist, so muss dieser rückwirkend ab dem Zeitpunkt entrichtet werden, zu dem dieser Umstand eingetreten ist.
Die in den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (§§ 195, 199 BGB) festgelegte Verjährungsfrist wird durch die vorstehende Versehensklausel nicht berührt.

7 Welche Folgen hat die Verletzung von Obliegenheiten?

- 7.1** Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen.
- 7.2** Bei grober Fahrlässigkeit können wir die Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.
- 7.3** Verletzen Sie eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, kann der Versicherungsschutz vollständig oder teilweise entfallen. Voraussetzung hierfür ist, dass wir Sie mit einer gesonderten Mitteilung in Textform auf diese Folge hingewiesen haben.
- 7.4** Ihr Versicherungsschutz bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht bei Arglist.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

- 8.1** Liegen uns alle für die Leistungsprüfung benötigten und von uns angeforderten Nachweise vollständig vor, erklären wir in Textform
- beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten,
 - bei allen anderen Leistungen innerhalb von einem Monat,
- ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.
- 8.2** Wir leisten innerhalb von zwei Wochen, nachdem wir den Anspruch anerkannt oder uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt haben.
- 8.3** Wir übernehmen ärztliche Gebühren zur Begründung des Leistungsanspruches.
- 8.4** Auf Ihren Wunsch zahlen wir einen angemessenen Vorschuss, wenn die Leistungspflicht zumindest dem Grunde nach feststeht.
- 8.5** Auch nach bereits erfolgter Feststellung des Invaliditätsgrades haben Sie und wir das Recht, eine Neubemessung vornehmen zu lassen. Die Neubemessung haben wir bereits in Ziffer 3.1.4 erläutert.

9 Was muss ich bei meiner Beitragszahlung beachten?

- 9.1** Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen – nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein genannten Beginn Ihrer Versicherung.

Mögliche Folgen bei einer verspäteten Zahlung:

Zahlen Sie zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst dann. Wir können vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Beides gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf die beschriebenen Rechtsfolgen aufmerksam gemacht haben.

- 9.2** Alle weiteren Beiträge sind, je nach Zahlungsweise, zu Beginn des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

Mögliche Folgen bei einer verspäteten Zahlung:

Zahlen Sie nicht rechtzeitig, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug. Dies gilt nicht, soweit Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir sind berechtigt, Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen zu bestimmen. Diese Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert werden. Zusätzlich müssen die nachfolgenden Rechtsfolgen, die mit dem Fristablauf verbunden sind, angegeben werden.

Sind Sie nach der Frist von zwei Wochen noch in Zahlungsverzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag fristlos kündigen. Beide Rechtsfolgen gelten nur, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen haben. Haben wir den Vertrag gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

- 9.3** Im Lastschriftverfahren gilt: Die Zahlung ist rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie einer berechtigten Abbuchung nicht widersprechen.

Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, gilt: Die Zahlung ist noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

10 Warum können sich die Leistungen bzw. Beiträge ändern?

10.1 Volljährigkeit der mitversicherten Kinder im Ostangler Unfallschutz Premium

- 10.1.1** Bei mitversicherten Kindern stellen wir den Vertrag zu Beginn des neuen Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit) nach Vollendung des 18. Lebensjahres um. Wir wenden den zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenentarif an.

Sie zahlen den bisherigen Beitrag weiter, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

- 10.1.2** Über die Umstellung informieren wir Sie rechtzeitig. Sofern Sie keine Reduzierung der Versicherungssummen wünschen, können für den Vertrag selbstverständlich andere Versicherungssummen und Tarifvarianten vereinbart werden.

10.2 Senioren-Klausel

10.2.1 Vollendung des 75. Lebensjahres

Nach Vollendung des 75. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt zu Beginn des neuen Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit) eine Vertragsänderung.

Die Grundversicherungssumme wird auf 150.000 Euro reduziert. Sollte dem Vertrag

eine Versicherungssumme von weniger als 150.000 Euro zugrunde liegen, bleibt diese unverändert bestehen.

Weiterhin entfällt zu diesem Zeitpunkt die Progression bei der Kapitalleistung.

Der Beitrag wird zur Hauptfälligkeit des neuen Versicherungsjahres nach Vollendung des 75. Lebensjahres für die Grundversicherungssumme von maximal 150.000 Euro neu berechnet. Wir ermitteln den Beitrag anhand des aktuellen Tarifs. Der Nettobeitrag für die Grundversicherungssumme und der Nettobeitrag für die versicherten Zusatzleistungen erhöhen sich jeweils um einen Zuschlag in Höhe von 50 Prozent. Die Versicherungssteuer wird auf den neuen Gesamtjahresnettobeitrag erhoben.

Wir informieren Sie mindestens zwei Monate vor dem Umstellungstermin. Innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung können Sie den Vertrag zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

10.2.2 Vollendung des 80. Lebensjahres

Nach Vollendung des 80. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt zu Beginn des neuen Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit) erneut eine Vertragsänderung.

Der Beitrag wird zur Hauptfälligkeit des neuen Versicherungsjahres nach Vollendung des 80. Lebensjahres neu berechnet. Der Nettobeitrag für die Grundversicherungssumme und der Nettobeitrag für die versicherten Zusatzleistungen erhöhen sich jeweils um einen Zuschlag von 100 Prozent. Die Versicherungssteuer wird auf den neuen Gesamtjahresnettobeitrag erhoben.

Wir informieren Sie mindestens zwei Monate vor dem Umstellungstermin. Innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung können Sie den Vertrag zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

10.2.3 Versicherungseintritt nach Vollendung des 75. und vor Vollendung des 80. Lebensjahres

Beginnt der Versicherungsvertrag erst nachdem die versicherte Person bereits das 75., aber noch nicht das 80. Lebensjahr vollendet hat, kann maximal ein Grundversicherungssumme von 150.000 Euro ohne Progression vereinbart werden. Der Nettobeitrag für die Grundversicherungssumme und der Nettobeitrag für die versicherten Zusatzleistungen nach dem aktuellen Tarif erhöhen sich jeweils um einen Zuschlag von 150 Prozent. Die Versicherungssteuer wird auf den neuen Gesamtjahresnettobeitrag erhoben.

Nach Vollendung des 80. Lebensjahres erfolgt keine Reduzierung des Zuschlages auf 100 Prozent nach Ziffer 10.2.2.

11 Wie lange läuft mein Vertrag, und wann kann ich ihn beenden?

11.1 Die vereinbarte Vertragslaufzeit finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

11.2 Ihr Vertrag verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir ihn nicht mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit oder zum Ablauf jedes Folgeversicherungsjahres in Textform kündigen. Eine Kündigung ist fristgerecht, wenn sie uns einen Monat vor dem jeweiligen Ablauf zugegangen ist.

11.3 Ist der Versicherungsfall eingetreten, können Sie oder wir den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben. Gleiches gilt, wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird die Kündigung sofort nach Zugang bei uns wirksam. Sie können aber bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird – spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Kündigen wir, wird die Kündigung einen Monat nach Zugang bei Ihnen wirksam.

- 11.4** Nach Ihrem Tod führen wir für mitversicherte minderjährige Kinder den Unfallvertrag bis zum Beginn des neuen Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit) nach Vollendung des 18. Lebensjahres beitragsfrei fort, wenn Sie
- bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - der Unfallvertrag nicht gekündigt war
- und
- Ihr Tod nicht durch Selbstmord oder Kriegereignisse verursacht wurde.
- Zum Beginn des neuen Versicherungsjahres nach Vollendung des 18. Lebensjahres erlischt der Unfallschutz für das mitversicherte Kind automatisch.
- 11.5** Sobald eine im Vertrag versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist, ruht der Versicherungsschutz für diese Person. Der Unfallschutz lebt wieder auf, sobald Sie uns in Textform über die Beendigung des Dienstes der versicherten Person informiert haben.
- 11.6** Der Vertrag endet automatisch zur nächsten Hauptfälligkeit, sobald die versicherte Person das 90. Lebensjahr vollendet hat.
- 12** **Welche Anzeigepflichten habe ich bei Vertragsabschluss?
 Welche Folgen hat eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?**
- 12.1** Stellen wir in Textform Fragen zu Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umständen, müssen Sie uns diese bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform anzeigen. Die Anzeige muss richtig und vollständig sein.
- Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung – aber vor unserer Vertragsannahme – Fragen im Sinne des Satzes 1 stellen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die richtige und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an Sie gestellten Fragen verantwortlich.
- Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder diesen arglistig verschwiegen.
- 12.2** Sind Ihre Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen unrichtig oder unvollständig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt zu haben.
- Verletzen Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig, besteht auch dann kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- Treten wir vom Vertrag zurück, besteht kein Versicherungsschutz.
- Treten wir erst nach Eintritt des Versicherungsfalles vom Vertrag zurück, besteht unsere Leistungspflicht fort, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.
- Wir müssen nicht leisten, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
- Uns steht der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 12.3** Verletzen Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht,

wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

- 12.4** Haben Sie die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt, können wir den Vertrag ändern, wenn wir diesen bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätten. Kommt es zu einer Vertragsänderung, können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend ab Vertragsschluss gelten. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab dem laufenden Versicherungsjahr Vertragsbestandteil.
Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag jedoch um mehr als zehn Prozent 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 in Textform kündigen. Gleiches gilt, wenn wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- 12.5** Die Rechte nach den Ziffern 12.2 bis 12.4 stehen uns nur dann zu, wenn wir sie innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die sich unsere Erklärung stützt. Wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung angeben, sofern für diese die Frist von einem Monat nicht verstrichen ist. Außerdem müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- 12.6** Unsere Rechte nach den Ziffern 12.2 bis 12.4 sind jeweils dann ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte nach den Ziffern 12.2 bis 12.4. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
- 13** **Anfechtung**
Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 14** **Was gilt, wenn sich die berufliche Situation der versicherten Person ändert?**
Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit und dem damit verbundenen Unfallrisiko der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist die Gefahrengruppe der versicherten Person.
Wenn sich die Berufstätigkeit der versicherten Person ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.
Erhöht sich das Unfallrisiko durch die Änderung der Berufstätigkeit, reduzieren sich die Versicherungssummen. Diese berechnen wir nach dem bei Vertragsschluss gültigen Tarif. Die neuen Versicherungssummen gelten nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Der Beitrag bleibt gleich.
Sinkt das Unfallrisiko durch die Änderung der Berufstätigkeit, erhöhen sich die Versicherungssummen. Diese berechnen wir nach dem bei Vertragsschluss gültigen Tarif. Die neuen Versicherungssummen gelten, sobald uns Ihre Erklärung zugeht – spätestens nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Der Beitrag bleibt gleich.
Die jeweiligen Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch außerberufliche Unfälle.
Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder reduziertem Beitrag fort, sobald uns Ihre Erklärung in Textform zugegangen ist.

15 Wann verjähren Ansprüche aus dieser Versicherung?

Die Ansprüche verjähren in drei Jahren, wobei sich die Fristberechnung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches richtet. Wurde ein Anspruch bei uns angemeldet, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16 Welches Recht gilt, und welches Gericht ist zuständig?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht. Wenn Sie etwas gerichtlich mit uns klären möchten, können Sie Ihre Klage an folgende Gerichtsstände richten: unseren Firmensitz oder den Sitz der für Ihren Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung, das Gericht Ihres Wohnsitzes zum Zeitpunkt der Klageerhebung bzw. Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts. Haben wir etwas mit Ihnen gerichtlich zu klären, ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz bzw. Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

17 Progression

Bei höheren Invaliditätsgraden steigt der Kapitalbedarf überproportional an. Deshalb haben Sie mit uns ergänzend zu Ziffer 3.1, 3.2 und 5 eine Kapitalleistung bei Invalidität mit Progression vereinbart.

17.1 Progression 225 Prozent

Progression 225 Prozent bedeutet, dass sich ab einem bestimmten Invaliditätsgrad die Versicherungsleistung überproportional erhöht.

Progression 225 Prozent

Die jeweilige Leistung nach dem Invaliditätsgrad entnehmen Sie bitte der nachstehenden Tabelle.

Die Progression 225 Prozent entfällt zum Ende des Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit), in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet.

Unfall- bedingter Invaliditäts- Grad %	Leistung aus der Vers.- summe %						
1	1	26	27	51	78	76	153
2	2	27	29	52	81	77	156
3	3	28	31	53	84	78	159
4	4	29	33	54	87	79	162
5	5	30	35	55	90	80	165
6	6	31	37	56	93	81	168
7	7	32	39	57	96	82	171
8	8	33	41	58	99	83	174
9	9	34	43	59	102	84	177
10	10	35	45	60	105	85	180
11	11	36	47	61	108	86	183
12	12	37	49	62	111	87	186
13	13	38	51	63	114	88	189
14	14	39	53	64	117	89	192

15	15	40	55	65	120	90	195
16	16	41	57	66	123	91	198
17	17	42	59	67	126	92	201
18	18	43	61	68	129	93	204
19	19	44	63	69	132	94	207
20	20	45	65	70	135	95	210
21	21	46	67	71	138	96	213
22	22	47	69	72	141	97	216
23	23	48	71	73	144	98	219
24	24	49	73	74	147	99	222
25	25	50	75	75	150	100	225

17.2 Progression 350 Prozent

Progression 350 Prozent bedeutet, dass sich ab einem bestimmten Invaliditätsgrad die Versicherungsleistung überproportional erhöht.

Die jeweilige Leistung nach dem Invaliditätsgrad entnehmen Sie bitte der nachstehenden Tabelle.

Die Progression 350 Prozent entfällt zum Ende des Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit), in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet.

Unfall- bedingter Invaliditäts- Grad	Leistung aus der Vers.- summe						
%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	26	28	51	105	76	230
2	2	27	31	52	110	77	235
3	3	28	34	53	115	78	240
4	4	29	37	54	120	79	245
5	5	30	40	55	125	80	250
6	6	31	43	56	130	81	255
7	7	32	46	57	135	82	260
8	8	33	49	58	140	83	265
9	9	34	52	59	145	84	270
10	10	35	55	60	150	85	275
11	11	36	58	61	155	86	280
12	12	37	61	62	160	87	285
13	13	38	64	63	165	88	290
14	14	39	67	64	170	89	295
15	15	40	70	65	175	90	300
16	16	41	73	66	180	91	305
17	17	42	76	67	185	92	310
18	18	43	79	68	190	93	315
19	19	44	82	69	195	94	320
20	20	45	85	70	200	95	325

21	21	46	88	71	205	96	330
22	22	47	91	72	210	97	335
23	23	48	94	73	215	98	340
24	24	49	97	74	220	99	345
25	25	50	100	75	225	100	350

17.3 Progression 500 Prozent

Progression 500 Prozent bedeutet, dass sich ab einem bestimmten Invaliditätsgrad die Versicherungsleistung überproportional erhöht.

Die jeweilige Leistung nach dem Invaliditätsgrad entnehmen Sie bitte der nachstehenden Tabelle.

Die Progression 500 Prozent entfällt zum Ende des Versicherungsjahres (Hauptfälligkeit), in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet.

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

18. Beitragsübernahme bei Arbeitslosigkeit, Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit

18.1 Was leistet die Beitragsübernahme?

Wir übernehmen für Sie in folgenden Fällen bis zu 15 Monate die Beitragszahlung zu diesem Vertrag. Es gelten die folgenden Voraussetzungen:

18.1.1 bei Ihrer unfreiwilligen und unverschuldeten Arbeitslosigkeit:

- Im Falle Ihrer unfreiwilligen und unverschuldeten Arbeitslosigkeit müssen Sie uns Ihre Arbeitslosigkeit nachweisen. Hierfür legen Sie uns eine Bestätigung der Bundesagentur für Arbeit vor.
- Vor Eintritt Ihrer Arbeitslosigkeit
 - waren Sie mindestens 12 Monate lang ununterbrochen und mindestens 20 Stunden pro Woche sozialversicherungspflichtig beschäftigt und
 - Sie befanden sich in einem unbefristeten und ungekündigten Beschäftigungsverhältnis.

Auf Verlangen müssen Sie uns entsprechende Nachweise vorlegen.

18.1.2 bei Ihrer vollen Erwerbsminderung

- Sie können aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung keiner Erwerbstätigkeit von drei oder mehr Stunden täglich nachgehen.
Sie müssen uns Ihre volle Erwerbsminderung nachweisen.
Hierfür legen Sie uns
 - einen Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung oder
 - die Leistungszusage einer privaten Lebensversicherungsgesellschaft aufgrund ihrer Erwerbsunfähigkeit vor.
- Sie haben vor Vertragsbeginn keinen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt.

18.1.3 bei Ihrer Pflegebedürftigkeit

- Sie sind pflegebedürftig im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung
- Sie haben das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Sie erhalten Leistungen durch den Träger der Pflegeversicherung mindestens nach Pflegegrad 2.
- Sie müssen uns Ihre Pflegebedürftigkeit nachweisen. Hierfür legen Sie uns eine Bestätigung der Pflegekasse bzw. des Trägers der privaten Pflegeversicherung vor.
- Sie haben vor Vertragsbeginn keinen Antrag auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wegen Pflegebedürftigkeit gestellt.

18.2 Wer ist versichert?

Versichert sind Sie als Versicherungsnehmer. Ihr Erstwohnsitz muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen.

Nicht versichert sind Selbstständige. Gleiches gilt für Personen, die in Ihrem Haushalt leben.

18.3 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er endet

- gleichzeitig mit dem Vertrag, für den die Beitragsübernahme vereinbart ist;
- mit Ihrem Tod.

Die Beitragsübernahme bei Pflegebedürftigkeit endet ebenfalls, wenn Sie das 80. Lebensjahr vollenden. Ist der Leistungsfall dann bereits vorher eingetreten, erfolgt die Beitragsübernahme über diesen Zeitpunkt hinaus.

18.4 Wann beginnt die Beitragsübernahme?

Den Beitrag übernehmen wir frühestens ab dem Datum, ab dem

- Sie Leistungen der Renten- oder Pflegeversicherung wegen Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit erhalten
oder
- Sie Leistungen einer privaten Lebensversicherungsgesellschaft aufgrund Ihrer Erwerbsunfähigkeit erhalten
oder
- Ihre Arbeitslosigkeit festgestellt wurde.

18.5 Wann endet die Beitragsübernahme?

Wir übernehmen den Beitrag längstens für 15 Monate. Während der Zeit der Beitragsübernahme kann ein weiterer Leistungsfall eintreten. Dann rechnen wir den bereits verstrichenen Zeitraum der Beitragsübernahme an. Fallen die Voraussetzungen nach Ziffer 18.1 weg, endet die Beitragsübernahme mit dem folgenden Monat. Dies ist insbesondere der Fall, wenn Sie keine Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung mehr erhalten. Gleiches gilt, wenn Sie wieder arbeiten. Sie müssen uns den Wegfall der Voraussetzungen unverzüglich mitteilen.

18.6 Wie oft können Sie die Beitragsübernahme in Anspruch nehmen?

Eine erneute Beitragsübernahme ist erst möglich, wenn seit der letzten Beitragsübernahme mindestens 24 Monate vergangen sind.

18.7 Kann die Beitragsübernahme gesondert gekündigt werden?

Sie oder wir können die Beitragsübernahme kündigen. Dabei gilt eine Frist von drei Monaten vor dem Ablauf des Versicherungsjahres.

Kündigen wir, können Sie den Vertrag, für den die Beitragsübernahme vereinbart ist, zum gleichen Zeitpunkt kündigen. Die Frist hierfür beträgt einen Monat nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist.

19. Vorläufiger Versicherungsschutz

Bei mindestens einjähriger Versicherungsdauer gilt Folgendes:

19.1 Erfolgt die Antragstellung innerhalb des Monats vor dem beantragten Vertragsbeginn, so besteht mit Beginn des Tages, der auf den Tag der der Antragstellung folgt, vorläufiger Versicherungsschutz in Höhe der beantragten Versicherungssummen für die Unfallversicherung. Erfolgt die Antragstellung nicht innerhalb des Monats vor dem beantragten Vertragsbeginn, sondern schon vorher, so besteht auch dann vorläufiger Versicherungsschutz in Höhe der beantragten Versicherungssummen für die Unfallversicherung, wenn Sie

- zur Zeit der Antragstellung noch bei einem anderen Versicherer unfallversichert sind,
- diesen anderen Vertrag gekündigt haben
und
- zwischen Beendigungstermin dieses anderen Vertrages und späterem Versicherungsbeginn bei uns weniger als ein Monat liegt.

Der vorläufige Versicherungsschutz besteht mit Beginn des Tages, der auf den Tag der Beendigung des vorherigen Vertrages folgt.

Tritt während des vorläufigen Versicherungsschutzes ein Unfall ein, senden Sie uns bitte bereits zusammen mit Ihrer ersten Information einen Nachweis über den aufgehobenen Vorvertrag zu (z.B. Kündigungsbestätigung des Vorversicherers). Dadurch können Sie Verzögerungen in der Regulierung vermeiden.

19.2 Der vorläufige Versicherungsschutz endet

- mit Beginn des Versicherungsschutzes nach dem Hauptvertrag
- mit Zugang eines Widerrufs, eines Widerspruchs, eines Rücktritts oder einer Anfechtung
- wenn die Abbuchung des Einlösungsbeitrages der Hauptversicherung aus von Ihnen zu vertretenden Gründen entweder nicht möglich war oder ihm widersprochen wurde, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

19.3 Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

19.4 Soweit vorstehend nichts anderes bestimmt ist, finden die allgemeinen Bestimmungen und die Bestimmungen für die Zusatzleistungen für die beantragte Versicherung Anwendung.

20. Kinder Invalidität

Sofern Sie den Zusatz Kinder Invalidität vereinbart haben, gilt Folgendes:

20.1 Wer kann versichert werden?

Die Versicherung kann für Kinder vom vollendeten ersten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr abgeschlossen werden.

20.2 Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für die während der Wirksamkeit dieser Zusatzdeckung durch Krankheit oder Unfall unfreiwillig eingetretene Invalidität. Abweichend von Ziffer 3.1.1 gilt als Invalidität, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit des versicherten Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und dessen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Weiterhin muss nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch IX ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 Prozent vorliegen. Versicherungsschutz besteht nicht für unter Ziffer 20.5 bzw. 20.6 genannte Fälle, sowie deren Folgen.

Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrages auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt.

20.3 Voraussetzung für unsere Leistung

Sie müssen die Invalidität durch Vorlage des Bescheids des Versorgungsamtes über die Schwerbehinderung nachweisen und geltend machen.

Wird eine Krankheit, die Invalidität zur Folge hat, während der Dauer dieser Zusatzdeckung ärztlich festgestellt, kann ein Anspruch auf Leistung auch noch dann entstehen, wenn die Invalidität innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung dieser Zusatzdeckung eingetreten ist. Dies gilt auch für einen während der Dauer des Vertrages eingetretenen Unfall.

20.4 Wie sind Art, Höhe und Dauer der Leistung?

20.4.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

20.4.2 Die Rente zahlen wir ab dem Ersten des Monats, der auf den Zugang des Antrags auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt folgt. Die Rente wird gezahlt für die Zeit, in der die Invalidität durch einen gültigen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen wird. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des sechsten Monats nach dem Tode der versicherten Person gezahlt.

20.4.3 Die Rentenzahlung ruht, wenn der Fortbestand der Invalidität nicht mehr nachgewiesen wird.

Während der Laufzeit dieser Zusatzdeckung setzen wir die Rentenzahlung fort, wenn Sie uns eine Invalidität erneut nachweisen; Ziffer 20.4.2 gilt entsprechend.

Nach Ende dieser Zusatzdeckung ist die Fortsetzung der Rentenzahlung von dem Nachweis abhängig, dass ausschließlich die früheren Beeinträchtigungen wieder zur Invalidität mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 führten. Der Anspruch auf Fortsetzung erlischt, wenn seit dem Zeitpunkt der Unterbrechung mehr als zehn Jahre vergangen sind.

20.4.4 Wir sind berechtigt, jeweils nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Geltendmachung den Fortbestand der Invalidität zu überprüfen.

Wir sind auch berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Senden Sie uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich, ruht die Rentenzahlung ab nächster Fälligkeit.

20.5 Wann liegt Versicherungsunfähigkeit vor?

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, bei denen bereits vor Beginn der Zusatzdeckung eine Invalidität nach Ziffer 20.2 bestand. Wird eine vor Beginn der Zusatzdeckung bekannte Erkrankung bzw. Invalidität erst während der Wirksamkeit der Zusatzdeckung als Invalidität nach Ziffer 20.2 durch Bescheid festgestellt, erlischt der die Zusatzdeckung rückwirkend ab Beginn; bereits gezahlte Beiträge zahlen wir zurück.

20.6 Was ist nicht versichert?

Versicherungsschutz besteht nicht für Invalidität, die ganz oder überwiegend eingetreten ist aufgrund

20.6.1 von Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Oligophrenie. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Beeinträchtigung durch einen Unfall oder eine Erkrankung mit hirnorganischen Schäden oder durch eine Vergiftung oder Infektion verursacht wurde, die während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten ist.

20.6.2 von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen, soweit sie auf Trunkenheit oder suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie von Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden. In beiden Fällen besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn das versicherte Kind das zehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

20.6.3 einer von der versicherten Person vorsätzlich ausgeführten oder versuchten Straftat.

20.6.4 mittelbarer oder unmittelbarer Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse sowie aufgrund mittelbarer oder unmittelbarer Einwirkung von Kernenergie.

20.6.5 einer widerrechtlichen Handlung, mit der Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter der versicherten Person diese vorsätzlich geschädigt haben.

20.7 Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten?

20.7.1 Bestehen bei der versicherten Person Gesundheitsstörungen, die zur Invalidität nach Ziffer 20.2 führen können, sollten Sie beim zuständigen Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis beantragen.

- 20.7.2** Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises sollten Sie uns möglichst bald anzeigen.
- 20.7.3** Das von uns daraufhin übermittelte Formblatt müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich an uns zurücksenden. Die von uns darüber hinaus geforderten sachdienlichen Auskünfte müssen Sie uns in gleicher Weise erteilen.
- 20.7.4** Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden, insbesondere das Versorgungsamt, das den Bescheid über die Schwerbehinderung erlassen hat, sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 20.7.5** Wird der Grad der Behinderung vom Versorgungsamt auf einen Grad von weniger als 50 Prozent herabgesetzt, müssen Sie uns das innerhalb eines Monats mitteilen.
- 20.7.6** Stirbt die versicherte Person während der Rentenzahlung, müssen Sie uns den Tod innerhalb von drei Monaten mitteilen.
- 20.8** **Welche Folge hat die Verletzung von Obliegenheiten?**
Verletzen Sie die genannten Obliegenheiten, gilt Ziffer 7.
- 20.9** **Wann ist die Leistung fällig?**
Sobald uns die Unterlagen und Ermächtigungen zugegangen sind, die Sie nach Ziffern 20.3, 20.7.3 und 20.7.4 beibringen müssen, sind wir verpflichtet, innerhalb einer Frist von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.
Erkennen wir den Anspruch an, beginnt die Rentenzahlung nach Ziffer 20.4.2. Ein Anspruch auf Zahlung von Vorschüssen besteht nicht.
- 20.10** **Wann endet die Zusatzdeckung?**
Die Zusatzdeckung endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf (Ziffer 11.2) – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.
- 20.11** **Vorzeitige Beendigung der Beitragszahlung**
Die Verpflichtung zur Beitragszahlung für diese Zusatzdeckung erlischt zu Ende des Monats, in dem erstmals eine Rente gezahlt wird.
- 20.12** **Wiederaufleben der Beitragszahlung**
Vor Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person lebt die Verpflichtung zur Beitragszahlung zu Beginn des Monats wieder auf, der auf die Unterbrechung der Rentenzahlung wegen Unterschreitung des GdB von 50 folgt. Sie können der Fortführung der Zusatzdeckung über diesen Zeitpunkt hinaus widersprechen, spätestens jedoch einen Monat nach Unterrichtung über die wieder beginnende Beitragszahlung.
- 20.13** **Wie sind die Rechtsverhältnisse der beteiligten Personen zueinander?**
Die Ausübung der Rechte aus der Zusatzdeckung steht nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
Alles für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 21. Sofern Sie den Unfall-Schutzbrief vereinbart haben, gilt Folgendes:**
- 21.1** **Was ist versichert?**
Führt ein versicherter Unfall nach Ziffer 1.2. oder 1.3 der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

21.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

21.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt
- und
- benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

21.2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 21.3 aufgeführten Leistungen.

21.2.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 5 unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

21.3 Welche Leistungen sind versichert?

21.3.1 Wir erbringen die folgenden Hilfsleistungen:

- **Erstgespräch**

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

- **Menüservice**

Wir versorgen die versicherte Person sowie den in ihrem Haushalt lebenden Ehe- oder Lebenspartner und im Haushalt lebende Verwandte ersten Grades (Eltern und Kinder) täglich mit einem Mittagmenü.

- **Einkäufe und Besorgungen**

Wir kaufen für die versicherte Person einmal wöchentlich Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Hierzu zählt das Zusammenstellen des Einkaufszettels, das Einkaufen inklusive der Beschaffung von Arzneimitteln, die Unterbringung und Versorgung eingekaufter Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit der Lebensmittel und notwendige Besorgungen wie z.B. Bankgänge und die Verbringung von Wäsche zur Reinigung sowie deren Abholung.

Die Kosten für die eingekauften Waren und für die Reinigung sowie anfallende Gebühren (auch Rezeptgebühren) übernehmen wir nicht.

- **Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen**

Wir begleiten die versicherte Person bis zu zweimal in der Woche bei notwendigen Arzt- und Behördengängen, wenn das persönliche Erscheinen der versicherten Person unumgänglich ist.

- **Wohnungsreinigung**

Wir reinigen einmal wöchentlich den üblichen Lebensbereich der versicherten Person (z.B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) im üblichen Umfang. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass sich die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befunden hat.

- **Wäscheservice**
Wir waschen und pflegen einmal wöchentlich die Kleidung und Wäsche der versicherten Person. Hierzu zählt das Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren, Einräumen und die Schuhpflege. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich drei Stunden begrenzt.
- **Hausnotruf**
Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die per Knopfdruck 24 Stunden am Tag eine Notrufzentrale erreichbar ist.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass die technischen Voraussetzungen für die Anlage in der Wohnung vorhanden sind.
Die Kosten für die Anlage und deren Einrichtung tragen wir. Ebenso tragen wir die Kosten für deren Abbau, wenn dieser bis zum Ablauf von sechs Monaten, von dem Unfall an gerechnet, durchgeführt wird. Die Übernahme der laufenden Kosten ist auf sechs Monate begrenzt.

21.3.2 Wir organisieren die folgenden Hilfs- und Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:

- **Haustierbetreuung**
Wir vermitteln eine Betreuung für die Haustiere der versicherten Person.
Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person sich wegen der durch einen versicherten Unfall (Ziffer 1.2 und 1.3) hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen in einen vollstationären Krankenhausaufenthalt begeben muss.
Zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der vollstationären Behandlung infolge des Unfalls ist uns ein ärztliches Attest vorzulegen.
Die Übernahme der nachgewiesenen Kosten der Haustierbetreuung ist pro Tag der vollstationären Behandlung auf 30 Euro und auf 100 Tage begrenzt.
Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Diese Leistungsart nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarte Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- **Pflegeschulung für Angehörige**
Sofern die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, organisieren wir für die Angehörigen eine einmalige Schulung über die Aufgaben der täglichen Pflege durch eine Fachkraft.
- **Ambulante (häusliche) Pflege**
Die versicherte Person erhält bis zu zweimal täglich jeweils zwei Stunden eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich
 - Ganzwaschung: Waschen, Duschen und Baden, Mund-, Zahn- und Lippenpflege, Rasieren, Haut- und Haarpflege
 - Teilwaschung: Waschen (z.B. des Intimbereichs), Mund-, Zahn- und Lippenpflege, Rasieren, Haut- und Haarpflege
 - Hilfe beim An- und Auskleiden
 - Hilfe beim Verrichten der Notdurft
 - Lagerung im Bett
 - Hilfe bei der Durchführung von Gymnastikübungen
 - Zubereitung von Mahlzeiten
 - Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

21.3.3 Information und Beratung zur Pflege

Die versicherte Person erhält eine gebührenfreie Rufnummer, unter der ein medizinisch geschulter Ansprechpartner zu erreichen ist. Dieser berät im Rahmen einer Situationsanalyse über wichtige Themen rund um den Unfall. Dazu gehören je nach Bedarf z.B. Diagnose- und Behandlungsmethoden, eine ärztliche Zweitmeinung, die Nennung von kompetenten Dienstleistern und Informationen zur gesetzlichen Pflegeversicherung.

21.3.4 Auf Ihren Wunsch organisieren wir die folgenden Hilfsleistungen. Deren Kosten tragen Sie selbst:

- **Pflegehilfsmittel**

Wir organisieren für die versicherte Person die Vermittlung der erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.).

- **Tag- und Nachtwache**

Wir organisieren für die versicherte Person für einen Zeitraum bis zu 48 Stunden nach ihrer Entlassung aus einer stationären Behandlung eine Tag- und Nachtwache, sofern aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

- **Umbau des Kraftfahrzeugs**

Wir vermitteln der versicherten Person eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs.

- **Umbau der Wohnung**

Wir vermitteln der versicherten Person eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung.

21.4 Welche Kosten werden erstattet?

Wir erstatten nachgewiesene Kosten bis zu einer Summe von 250 Euro für Fahrten mit dem Taxi bzw. für Transporte mit dem Krankenwagen/Spezialfahrzeug, sofern diese bedingt durch einen unter den Versicherungsschutz des Vertrages fallenden Unfall (Ziffer 1.2 und 1.3) für eine unfallbedingte, ambulante Weiterbehandlung notwendig und innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt werden. Die genannte Summe gilt als Maximalentschädigung für alle Fahrten zusammen.

Die Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Kosten durch Vorlage der Belege fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

21.5 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange Bedarf nach Ziffer 21.2 besteht, längstens für sechs Monate ab Inanspruchnahme, sofern für einzelne Leistungen nichts anderes bestimmt ist.

Die Anerkennung eines Pflegegrads der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen:

- Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffer 21.3.
- Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

21.6 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

Voraussetzungen für die Leistung

- Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage.
Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner und Verwandte ersten Grades der versicherten Person.
- Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
- Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Umfang der Leistung

Wir übernehmen Einkäufe und Besorgungen, die Wohnungsreinigung und den Wäscheservice nach Ziffer 21.3.1 und die ambulante (häusliche) Pflege nach Ziffer 21.3.2 sofern die versicherte Person diese Tätigkeiten vor dem Unfall erbracht hat.

Dauer der Leistung

Solange die Voraussetzungen vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Hat der Angehörige vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistung einen Monat.

Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, enden unsere Leistungen spätestens sechs Monate nach dem Unfall der versicherten Person.

Wird für die versicherte Person ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen einen Monat nach der Anerkennung.

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

Unsere Leistungen enden spätestens sechs Monate nach dem Unfall der versicherten Person.

21.7 Regelungen für Personen mit vor dem Unfall anerkanntem Pflegegrad

Sofern der versicherten Person bereits vor dem Unfall ein Pflegegrad der gesetzlichen Pflegeversicherung zuerkannt war und die versicherte Person aus diesem Grund Sachleistungen erhält, leisten wir nur für den durch den Unfall verursachten Mehraufwand. Erhält die versicherte Person Geldleistungen, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. In diesem Fall erbringen wir keine Leistungen.

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

Ergänzend zu Ziffer 6 gelten folgende Obliegenheiten:

- 21.8.1** Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.
- 21.8.2** Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.
- 21.8.3** Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.
- 21.8.4** Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.
- 21.8.5** Die Anerkennung eines Pflegegrads und den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

21.8.6 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 7 gilt entsprechend.

21.9 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person zusätzlich in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Die Kosten für versicherte Leistungen, die von einem Dienstleister Ihrer Wahl erbracht werden, übernehmen wir nur, wenn wir der Beauftragung des Dienstleisters ausdrücklich zugestimmt haben.

21.10 Beitragskalkulation

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

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB IX)

§ 2 Begriffsbestimmungen

- (1) Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.
- (2) Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.
- (3) [...]

§ 152 Feststellung der Behinderung, Ausweise

- (1) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung zum Zeitpunkt der Antragstellung fest. Auf Antrag kann festgestellt werden, dass ein Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, wenn dafür ein besonderes Interesse glaubhaft gemacht wird. [...] Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzuwenden, soweit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt. [...]
- (2) Feststellungen nach Absatz 1 sind nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der behinderte Mensch ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung.
- (3) Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Für diese Entscheidung gilt Absatz 1, es sei denn, dass in einer Entscheidung nach Absatz 2 eine Gesamtbeurteilung bereits getroffen worden ist.
- (4) Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.
- (5) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus. Der Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen und sonstigen Hilfen, die schwerbehinderten Menschen nach diesem Teil oder nach anderen Vorschriften zustehen. Die Gültigkeitsdauer des Ausweises soll befristet werden. Er wird eingezogen, sobald der gesetzliche Schutz schwerbehinderter Menschen erloschen ist. Der Ausweis wird berichtigt, sobald eine Neufeststellung unanfechtbar geworden ist.