



Groß-Buchholzer Kirchweg 49 · D-30655 Hannover · Tel. 0511 36425-0 · Fax 0511 36425-920 · info@lbn.de · www.lbn.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2017)

mit den Progressionsstufen 225 % / 350 % / 500 %

Besonderer Teil LBN-BESSER+

Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE

Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Besonderer Teil LBN-BESSER+	4
B. Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE	25
C. Allgemeiner Teil	29
D. Anhang	36

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet. Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen. Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre LBN-Unfallversicherung

Wer ist wer?

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

A. Besonderer Teil LBN-BESSER+

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Was ist versichert?	6
I. Grundsatz	6
II. Geltungsbereich	6
III. Unfallbegriff	6
IV. Erweiterter Unfallbegriff	6
1. Erhöhte Kraftanstrengung	6
2. Eigenbewegung	6
3. Infektionen	6
4. Bewusstseinsstörungen	7
5. Vergiftungen	8
6. Strahlen	8
7. Kriegsrisiko und Terroranschläge	9
8. Gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen	9
9. Verletzungen bei Rettungsmaßnahmen	9
10. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel, und Sauerstoffentzug	9
11. Tauchtypische Gesundheitsschäden	9
12. Ertrinken und Erstickten	9
13. Erfrierungen	9
14. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs	9
15. Selbstgebaute Feuerwerkskörper	9
16. Fahrtveranstaltungen	10
17. Fehlmedikamentierung bei Entführung/Geiselnahme	10
18. Erkrankung des Nervensystems	10
§ 2 Was ist nicht versichert?	10
I. Einschränkungen unserer Leistungspflicht	10
II. Ausschlüsse	10
1. Straftat	10
2. Infektionen	10
3. Bewusstseinsstörungen	10
4. Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutung	10
5. Psychische Reaktionen	10
6. Heilmaßnahmen und Eingriffe	11
7. Luftfahrzeuge und Luftsportgeräte	11
8. Motorsport	11
9. Kernenergie	11
§ 3 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	11
I. Invaliditätsleistung	11
II. Progressive Invaliditätsstaffeln	14
III. Krankenhaustage-/Genesungs-/Schmerzensgeld	14
IV. Todesfallleistung	15
§ 4 Welche Leistungsarten sind beitragsfrei mitversichert?	16
I. Kosten für kosmetische Operationen	16
II. Kosten für Zahnbehandlung	16
III. Bergungs- und Transportkosten	17
IV. Behandlungskosten bei Tauchunfällen	17
V. Behinderungsbedingte Kosten	17
VI. Kosten für Haustierbetreuung	17
VII. Kosten für Pflegebetreuung	18
VIII. Kosten für Rehabilitationsmaßnahme und Kur	18
IX. Kosten für Physiotherapie, Osteopathie und Logopädie	18
X. Sofortleistung bei Schwerverletzungen	18
XI. Therapiekosten	19
XII. Rooming-in (Kindertarif)	19
XIII. Kosten für Kinderbetreuung und Haushaltshilfe (Kindertarif)	19
XIV. Kosten für Nachhilfe (Kindertarif)	19
XV. Mehrleistung bei Kopfverletzung (Kindertarif)	20
XVI. Kosten für Zahnsparungen (Kindertarif)	20
§ 5 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	20
I. Krankheit und Gebrechen	20
II. Mitwirkung	20
§ 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	20

§ 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	21
§ 8 Wann sind die Leistungen fällig?	21
I. Erklärung über die Leistungspflicht	21
II. Fälligkeit der Leistung	21
III. Vorschüsse	21
IV. Neubemessung des Invaliditätsgrads	22
§ 9 Was ist im Rahmen der Vorsorgeversicherung abgesichert?	22
I. Vorsorge für neugeborene Kinder	22
II. Vorsorge für Verheiratete	22
III. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	22
IV. Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	23
V. Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit	23
§ 10 Welche Wirkung hat die Verbesserungsgarantie?	23
§ 11 Was beinhaltet die GDV-Garantie?	23
§ 12 Was bedeutet die Garantie der Mindeststandards „Arbeitskreis Beratungsprozesse“?	24

§ 1 Was ist versichert?

I. Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

II. Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

III. Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

erleidet.

IV. Erweiterter Unfallbegriff

1. Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn bei der versicherten Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt wird.
Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Bauch-, Unterleibs- oder Knochenbrüche eintreten.
- Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule gezerzt oder zerrissen werden.

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

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

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

2. Eigenbewegung

Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Eigenbewegungen.

Ausgeschlossen bleiben jedoch Verletzungen an Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe.

Beispiel: Die versicherte Person knickt beim Aussteigen aus dem Auto aufgrund einer ungeschickten Bewegung um und verletzt sich am Knöchel.

3. Infektionen

a. Übertragungswege und allergische Reaktion

Infektionen durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachten Hautverletzungen sowie allergische Reaktionen in Folge eines Insektenstichs oder sonstiger Haut- oder Schleimhautverletzungen sind versichert.

Versicherungsschutz besteht auch, wenn die versicherte Person sich mit Krankheitserregern infiziert, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.

Als Folge auch von geringfügigen Unfallverletzungen sind allerdings Blutvergiftungen und Wundinfektionen mitversichert.

Eingeschlossen sind zudem sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, wenn uns das ursächliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wird.

Mitversichert sind zudem Infektionen, die infolge von Heilmaßnahmen oder Eingriffen aufgrund von mitversicherten Unfallereignissen entstehen.

Beispiel: Infolge eines Zeckenbisses erkrankt die versicherte Person an Borreliose.

b. Infektionskrankheiten

Unabhängig vom Übertragungsweg gilt der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten als mitversichertes Unfallereignis:

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

c. Impfschäden

Versichert sind Impfschäden bei Schutzimpfungen gegen die vorgenannten Infektionskrankheiten (Ziffer b).

d. Keine Wartezeit

Versicherungsschutz gemäß der Ziffern a bis c beginnt bei Ausbruch der Erkrankung und frühestens mit Vertragsbeginn.

4. Bewusstseinsstörungen

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

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

a. Alkohol

Versichert sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit. Eingeschränkt versichert sind jedoch Unfälle im Straßenverkehr.

Versicherungsschutz besteht beim Lenken eines Kraftfahrzeugs nur bis zu einem Blutalkoholwert von 1,3 ‰.

b. Medikamente

Mitversichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen aufgrund der Einnahme ärztlich verordneter Medikamente.

Bei Unfällen als Fahrer eines Kraftfahrzeugs aufgrund einer Bewusstseinsstörung nach der Einnahme von Medikamenten, deren Beipackzettel auf eine Fahruntüchtigkeit hinweist, erfolgt generell eine Leistungskürzung von 50 %. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind derartige Unfälle nach ambulanten Operationen.

c. Herzinfarkt und Schlaganfall/Herz- oder Kreislaufstörung

Eingeschlossen sind Unfälle durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall sowie durch Herz- oder Kreislaufstörungen. Die Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt und den Schlaganfall selbst bleiben ausgeschlossen.

Tritt ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall jedoch innerhalb einer Stunde nach dem Unfall ein, gilt dies als Unfallfolge.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet beim Autofahren einen Herzinfarkt und verliert die Kontrolle über das Fahrzeug. Bei einem Unfall mit einem anderen Fahrzeug verletzt sich die versicherte Person.

d. Übermüdung/Sekundenschlaf/Schlafwandeln

Unfälle aufgrund von Übermüdung oder durch Einschlafen infolge einer Übermüdung (Sekundenschlaf) sowie infolge von Schlafwandeln sind versichert.

e. Epileptische Anfälle und sonstige Krampfanfälle

Mitversichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen aufgrund epileptischer Anfälle oder sonstiger Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen.

f. Einnahme von K.o.-Tropfen

Es besteht Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, die aufgrund einer ungewollten Einnahme von K.o.-Tropfen (z. B. Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxybuttersäure) eintreten.

Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Verabreichung als strafbare Handlung bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert worden ist.

5. Vergiftungen

a. Nahrungsmittelvergiftung

Als versicherte Unfallereignisse gelten Nahrungsmittelvergiftungen.

Mitversichert sind außerdem Vergiftungen, die nach der versehentlichen Einnahme von schädlichen Stoffen entstehen, die irrtümlich für Lebensmittel gehalten worden sind.

b. Einatmung schädlicher Stoffe

Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase, Dämpfe, Dünste oder Einatmung sonstiger schädlicher Stoffe sind mitversichert.

Versicherungsschutz besteht auch, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Ausgeschlossen bleiben die durch den Beruf bedingten sowie insbesondere auch die durch die gewöhnliche Einatmung allmählich zustande kommenden Gesundheitsschädigungen (Beruf- und Gewerkrankheiten).

c. Vergiftungen durch Medikamente, Tabak, Alkohol, Pflanzen und Verätzungen durch Pflanzen

Als Unfallereignis eingeschlossen sind Vergiftungen durch die Einnahme von Medikamenten, dem Konsum von Tabak oder Alkohol bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

Versichert sind auch Vergiftungen und Verätzungen durch Pflanzen bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, sofern sie durch Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden.

Beispiel: Das versicherte Kind spielt im Sommerurlaub auf einer Wiese und kommt dabei mit giftigen Pflanzen in Berührung. Beine und Arme werden verätzt und müssen behandelt werden.

d. Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

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

Beispiel: Das versicherte Kind hat nach dem Spielen Durst und trinkt aus einer Wasserflasche im Geräteschuppen. Da in der Flasche eine Chemikalie aufbewahrt wird, erleidet das Kind eine schwere Vergiftung.

6. Strahlen

Versichert sind Gesundheitsschäden durch Laser-, Maser-, Röntgen- und künstlich erzeugte UV-Strahlen sowie durch sonstige Strahlen (außer durch Kernenergie – siehe § 2 Ziffer II 9), sofern sich die Beeinträchtigungen nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

Insbesondere sind auch Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich mitversichert.

Beispiel: Die versicherte Person wird mit einem Laserpointer im Auge geblendet und die Netzhaut wird dabei verletzt.

7. Kriegsrisiko und Terroranschläge

a. Kriegsrisiko

Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Krieg oder Bürgerkrieg verursacht werden, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegereignis überrascht wird. Der Versicherungsschutz erlischt jedoch am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Der Zeitraum verlängert sich auf insgesamt 30 Tage, wenn es für die versicherte Person trotz aller Bemühungen und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist, das Gebiet des Staates zu verlassen.

Kein Versicherungsschutz besteht:

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- bei Reisen in oder durch Staaten, für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufhalten öffentlich gewarnt worden ist,
- innerhalb Deutschlands oder eines anderen Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

b. Terroranschläge

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

8. Gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

9. Verletzungen bei Rettungsmaßnahmen

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

Beispiel: Die versicherte Person kommt zufällig zu einer Unfallstelle und rettet eine dritte Person aus einem brennenden Fahrzeug. Dabei geht sie bewusst die Gefahr ein, verletzt zu werden. Bei der Rettung verbrennt sich die versicherte Person erheblich an den Armen.

10. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel, und Sauerstoffentzug

Als Unfallereignis gelten auch der unfreiwillige Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmittel oder Sauerstoff.

11. Tauchtypische Gesundheitsschäden

Versicherungsschutz besteht auch für tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, wenn kein Unfallereignis vorliegt.

12. Ertrinken und Ersticken

Mitversichert als Unfallereignis sind der Ertrinkungs- und Erstickungstod unter Wasser.

13. Erfrierungen

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Erfrierungen als Folge eines versicherten Unfallereignisses.

Beispiel: Die versicherte Person stürzt auf einer Winterbergwanderung in eine Bergspalte und bricht sich ein Bein. Sie kann erst nach 5 Stunden geborgen werden. Sie erleidet Erfrierungen an den Zehen.

14. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeugs

Es besteht Versicherungsschutz bei Unfällen, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein (§ 21 StVG).

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde und die versicherte Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

15. Selbstgebaute Feuerwerkskörper

Versichert sind Unfälle, die durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper entstanden sind.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde und die versicherte Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

16. Fahrtveranstaltungen

Mitversichert gelten Unfälle bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen als Fahrer, Beifahrer oder Insasse, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt.

Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen sind mitversichert. Jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltungen nicht von Verbänden organisiert, einer Kart-Serie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.

17. Fehlmedikamentierung bei Entführung/Geiselnahme

Als Unfall gelten auch das aufgrund einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug.

18. Erkrankung des Nervensystems

Wir gewähren Versicherungsschutz 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.

Der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist von Ihnen durch ein ärztliches Attest aufgrund einer Computertomografie (CT) oder einer Magnetresonanztomografie (MRT) nachzuweisen.

§ 2 Was ist nicht versichert?

I. Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zu den versicherten Unfallereignissen in § 1 und zu den Ausschlüssen (Ziffer II) sowie zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (siehe § 5).

II. Ausschlüsse

Grundsätzlich besteht für folgende Unfälle und Beeinträchtigungen kein Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie die Verweise hinsichtlich der Einschlüsse in § 1.

1. Straftat

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst (**Versicherungsschutz siehe § 1 Ziffer IV 14 und 15**).

2. Infektionen

Grundsätzlich sind Beeinträchtigungen durch Infektionen und Impfschäden nicht versichert (**Versicherungsschutz siehe § 1 Ziffer IV 3**).

3. Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sind nicht versichert, sofern sie nicht gemäß **§ 1 Ziffer IV 4** mitversichert sind.

4. Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutung

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Gesundheitsschäden:

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5. Psychische Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden (**Versicherungsschutz siehe § 1 Ziffer IV 18**).

Beispiele:

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

6. Heilmaßnahmen und Eingriffe

Kein Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

7. Luftfahrzeuge und Luftsportgeräte

Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person

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

8. Motorsport

Ausgeschlossen sind Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen (**Versicherungsschutz siehe § 1 Ziffer IV 16**).

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

9. Kernenergie

Es besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

§ 3 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen sowie deren Voraussetzungen und Fristen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

I. Invaliditätsleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung

a. Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten. Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

b. Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

c. Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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

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

d. Fristbeginn bei Infektionen

Abweichend beginnen die Fristen von den Ziffern b und c bei einer Infektion gemäß § 1 Ziffer IV 3 nicht mit dem Unfallereignis sondern mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt. Die Erstdiagnose ist von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

e. 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 (Ziffer IV), sofern diese vereinbart ist.

2. Art und Höhe der Leistung

a. Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

b. Bemessung des Invaliditätsgrads und Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

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 (§ 8 Ziffer IV).

aa. Gliedertaxe

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

• Arm	100 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	90 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
• Hand	80 %
• Daumen (bei Verlust)	40 %
• Daumen (bei Funktionsunfähigkeit)	30 %
• Zeigefinger	30 %
• anderer Finger	20 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	90 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	85 %
• Bein bis unterhalb des Knies	80 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	75 %
• Fuß	70 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	10 %
• Auge	80 %
• Gehör auf einem Ohr	50 %
• Geruchssinn	25 %
• Geschmackssinn	25 %
• Stimmverlust	100 %
• Niere	30 %
• beide Nieren	100 %
• Milz	20 %
• Gallenblase	15 %
• Magen	30 %
• Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm jeweils	30 %
• Lungenflügel	50 %

Für die in der Gliedertaxe genannten Organe haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder nach Ziffer cc erfolgen soll.

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 100 %. Ist er um 1/10 in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 10 % (= 1/10 von 100 %).

bb. Erhöhung bei Vorschädigung Auge, Gehör und Niere

War ein Auge vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100 %. Als vollständig verloren oder funktionsunfähig gilt, wenn die Vorschädigung des Auges mindestens 80 % beträgt.

War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 100 %.

War eine Niere vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für die andere Niere ein Invaliditätsgrad von 100 %.

cc. Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

dd. Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer aa und Ziffer cc bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 100 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um 1/10 in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 10 % (= 1/10 von 100 %). Diese 10 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 80 %.

ee. Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (100 %) und ein Fuß zu 1/2 in seiner Funktion beeinträchtigt (1/2 von 70 % = 35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 135 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

c. Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 1 d), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 1 sind erfüllt.

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

II. Progressive Invaliditätsstaffeln

Führt ein Unfall nach den Regelungen der Ziffer I zu einem Invaliditätsanspruch, wird, sofern im Versicherungsschein dokumentiert, der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv gesteigert (siehe Progressionstabellen im Anhang Ziffer F).

1. Invaliditätsstaffel 225 %

In der progressiven Invaliditätsstaffel 225 % werden folgende Versicherungssummen bei der Berechnung der Invaliditätsleistung zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

2. Invaliditätsstaffel 350 %

In der progressiven Invaliditätsstaffel 350 % werden folgende Versicherungssummen bei der Berechnung der Invaliditätsleistung zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

3. Invaliditätsstaffel 500 %

In der progressiven Invaliditätsstaffel 500 % werden folgende Versicherungssummen bei der Berechnung der Invaliditätsleistung zu Grunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätssumme.

III. Krankenhaustage-/Genesungs-/Schmerzensgeld/Eigenanteilskosten

1. Krankenhaustagegeld

a. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 3 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

Eine vollstationäre Desensibilisierungsmaßnahme aufgrund einer allergischen Reaktion (gemäß § 1 Ziffer IV 3 a) gilt als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

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

2. Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2.000 Tage ab dem Tag des Unfalls,
- für 5 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen,
- für 5 Tage bei vollstationärer Behandlung, wenn der Aufenthalt unter 5 Tagen liegt und die Leistungsvoraussetzungen im Rahmen einer ambulanten chirurgischen Operation vorliegen,
- doppelt für die Dauer einer vollstationären Behandlung im Ausland, wenn sich der Unfall dort ereignet und ein Krankenhausaufenthalt in dem betreffenden Land notwendig ist. Ausland ist jedes Land außerhalb Deutschlands. Die Mehrleistung ist auf maximal 60 Tage begrenzt.

2. Genesungsgeld

a. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist aus der unfallbedingten vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen worden oder
- hat sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation unterzogen, aufgrund dessen sie für mindestens 5 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt war. Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten
- und es besteht ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld gemäß Ziffer 1.

b. Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Genesungsgeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme des Krankenhaustagegelds für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir das Krankenhaustagegeld leisten.

Das Genesungsgeld wird maximal für 750 Tage gezahlt. Es erfolgt eine Staffelung:

- 100 % des vereinbarten Krankenhaustagegelds vom 1. Tag bis 250. Tag,
- 50 % des vereinbarten Krankenhaustagegelds vom 251. Tag bis 750. Tag.

3. Schmerzensgeld

Erleidet die versicherte Person durch ein versichertes Unfallereignis

- den vollständigen Bruch eines Knochens oder
- die vollständige Zerreißung eines Bandes oder einer Sehne und
- die Verletzung hat keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge,

leisten wir ein Schmerzensgeld, sofern die Leistungsart Krankenhaustagegeld versichert ist. Das Schmerzensgeld zahlen wir einmal je Unfall in Höhe von 300 €.

Die Unfallverletzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

Ein Knochenbruch (Fraktur) ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Gewalteinwirkung.

Nicht versichert sind Fissuren. Fissuren sind kleine Risse oder Spaltbildungen im Knochen ohne vollständige Kapseltrennung. Menisken und Bandscheiben sind keine Sehnen oder Bänder und sind somit nicht von dieser Regelung erfasst.

4. Übernahme Eigenanteil

Sofern die Voraussetzungen gemäß Ziffer 1 a vorliegen, werden zusätzlich bei einem Krankenhausaufenthalt die Kosten für den Eigenanteil bis zur Höhe von 10 € je Tag und maximal für 28 Tage erstattet.

Der Nachweis erfolgt durch Vorlage einer Bescheinigung der jeweiligen Krankenversicherung.

IV. Todesfalleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung

a. Unfalltod

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach § 6 V.

b. Verschollenheit

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, sofern keine andere Entschädigungsgrenze im Rahmen dieser Bedingungen gilt.

3. Doppelte Todesfallleistung

Wenn infolge desselben Unfalls beide durch diesen Vertrag versicherten Elternteile sterben und leibliche Kinder unter 16 Jahren zurückbleiben, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfallleistung zusteht, zahlen wir jeweils die doppelte Todesfallsumme.

§ 4 Welche Leistungsarten sind beitragsfrei mitversichert?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von beitragsfreien Leistungen sowie deren Voraussetzungen und Fristen.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Leistungsträger (z. B. Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) eintritt. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden gegebenenfalls die restlichen Kosten gezahlt. Wird die Leistung bestritten, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

I. Kosten für kosmetische Operationen

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe von 50.000 €.

II. Kosten für Zahnbehandlung

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer Zahnbehandlung unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Schneide- und Eckzähne zu beheben.

Die Behandlung erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe von 50.000 € bei der Behandlung von natürlichen Schneide- und Eckzähnen sowie bis zur Höhe von 20.000 € bei künstlichen Schneide- und Eckzähnen.

III. Bergungs- und Transportkosten

1. Voraussetzungen für die Leistung

Nach einem Unfall der versicherten Person sind folgende Kosten versichert:

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,
- für den ärztlich angeordneten Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik,
- für den Transport zu einem Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik am ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in der Nähe des Wohnsitzes auch ohne medizinische Notwendigkeit,
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- für die Flugrückholung aus dem Ausland aufgrund eines ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Transports zu einem Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik in Deutschland,
- bei einem unfallbedingten Todesfall in Deutschland für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz,
- für den Mehraufwand der zusätzlichen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und anderen mitreisenden Familienangehörigen der versicherten Person.

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

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 50.000 €.

IV. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

In der Folge eines versicherten Tauchunfalls sind die Kosten für die notwendige Therapie einschließlich der Behandlung in einer Dekompressionskammer mitversichert.

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 50.000 €.

V. Behinderungsbedingte Kosten

1. Voraussetzungen für die Leistung

Führt der unfallbedingte Invaliditätsgrad zu Behinderungen im täglichen Leben, die bestimmte Investitionen erfordern, sind folgende Kosten versichert:

- a. behindertengerechter Umbau der selbstbewohnten Immobilie (Haus/Wohnung),
- b. Umzug in behindertengerechte(s) Wohnung oder Haus,
- c. Umrüstung des selbst genutzten PKW,
- d. künstliche Organe und Organtransplantation,
- e. Anschaffung eines Blindenhundes,
- f. Prothesen, Geh- und Stützapparate, Krankenfahrstühle sowie sonstige Hilfsmittel,
- g. unfallbedingte(r) Reparatur/Ersatz bereits vorhandener Gliedmaßprothesen,
- h. Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen,
- i. Erlernen der Blindenschrift und Gebärdensprache,
- j. Erlernen der Gebärdensprache des Lebenspartners und der Kinder der versicherten Person, sofern die Personen in einem Haushalt leben.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten längstens bis 3 Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses insgesamt bis zur Höhe von

- 25.000 € für die Ziffern a bis e,
- 5.000 € für die Ziffern f bis h,
- 3.000 € für die Ziffern i und j.

VI. Kosten für Haustierbetreuung

1. Voraussetzungen für die Leistung

Ist die versicherte Person aufgrund von Unfallverletzungen oder Unfalltod nicht zur Versorgung ihrer Haustiere in der Lage, übernehmen wir die dafür innerhalb von 2 Monaten nach dem Unfall entstehenden Kosten.

Tritt das Unfallereignis auf einer Reise der versicherten Person ein und werden die Haustiere mitgeführt, übernehmen wir die Kosten des Heimtransportes, sofern die versicherte Person aufgrund der Unfallverletzungen oder Unfalltod dazu nicht in der Lage ist.

Als Haustiere gelten Hunde, Katzen und andere heimische Kleintiere, die regelmäßig artgerecht in der Wohnung der versicherten Person gehalten werden. Ausgeschlossen sind Pferde und andere Nutztiere.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten in Höhe von 50 € je Tag, maximal bis 5.000 €.

VII. Kosten für Pflegebetreuung

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aufgrund von Unfallverletzungen nicht zur Versorgung von pflegebedürftigen eigenen Kindern oder anderen Angehörigen in der Lage, die sie bis zum Zeitpunkt des Unfalls gepflegt hat.

Wir übernehmen die dafür entstehenden Kosten, solange die versicherte Person die Pflegeleistungen unfallbedingt nicht erbringen kann.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten in Höhe von 30 € je Tag, maximal bis 3.000 €.

VIII. Kosten für Rehabilitationsmaßnahme und Kur

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen die Kosten der versicherten Person, wenn sie aufgrund von Unfallverletzungen oder deren Folgen eine ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Rehabilitationsmaßnahme oder eine Kur durchführt.

Die Rehabilitationsmaßnahme oder die Kur müssen vom Unfalltag an gerechnet innerhalb von 3 Jahren für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen erfolgen.

Die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme bzw. der Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten in Höhe von 50 € je Tag, maximal bis 10.000 €.

IX. Kosten für Physiotherapie, Osteopathie und Logopädie

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen die Kosten der versicherten Person, wenn sie aufgrund von Unfallverletzungen oder deren Folgen Behandlungen im Bereich der Physiotherapie, der Osteopathie oder der Logopädie durchführen lässt.

Die medizinische Notwendigkeit der Maßnahmen und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten längstens bis 3 Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses in Höhe von maximal 2.000 €.

X. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

1. Voraussetzungen für die Leistung

Eine Sofortleistung ist fällig, wenn die versicherte Person bei einem Unfallereignis eine der folgenden Schwerverletzungen erleidet und der Tod nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- Schädel-Hirn-Trauma 2. oder 3. Grades,
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen/Knochen):
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lungen, Leber, Milz oder Nieren,
 - Bruch des Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenringbruch.

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

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten eine Sofortleistung in Höhe von 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 EUR.

XI. Therapiekosten

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wenn die versicherte Person nach

- einem Überfall,
- einer Geiselnahme,
- einem eigenen Unfall,
- dem Unfalltod des Lebenspartners oder eines Verwandten in gerader Linie nach § 1589 BGB

traumatisiert ist, übernehmen wir die Kosten für psychische Therapiesitzungen.

Bei versicherten Kindern werden die Kosten zusätzlich auch bei einer Traumatisierung aufgrund eines Unfalls eines Verwandten in gerader Linie nach § 1589 BGB übernommen.

Die medizinische Notwendigkeit der Maßnahmen und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten längstens bis 3 Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses für maximal 10 Sitzungen und insgesamt bis zur Höhe von 5.000 €.

XII. Rooming-in (Kindertarif)

1. Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind befindet sich unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und ein Elternteil übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in).

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 50 € je Übernachtung, maximal bis 1.050 €.

XIII. Kosten für Kinderbetreuung und Haushaltshilfe (Kindertarif)

1. Voraussetzungen für die Leistung

Der beaufsichtigende Elternteil ist aufgrund von Unfallverletzungen oder Unfalltod nicht in der Lage, für die erforderliche Versorgung und Beaufsichtigung des Kindes zu sorgen. Wir übernehmen in diesem Fall die Kosten für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter.

Voraussetzung ist, dass sowohl der beaufsichtigende Elternteil als auch das Kind im Rahmen dieses Vertrages versichert sind.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten in Höhe von 80 € je Tag des vollstationären Aufenthaltes, maximal bis 8.000 €.

XIV. Kosten für Nachhilfe (Kindertarif)

1. Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind befindet sich unfallbedingt in medizinisch notwendiger und vollstationärer Krankenhausbehandlung und kann daher nicht am Schulunterricht teilnehmen. Wir übernehmen in diesem Fall die Kosten für Nachhilfeunterricht.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten in Höhe von 50 € je ausgefallenen Schultag, maximal bis 5.000 €.

XV. Mehrleistung bei Kopfverletzung (Kindertarif)

1. Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind trägt bei den folgend aufgeführten Aktivitäten nachweislich einen geeigneten Helm und hat unfallbedingt eine schwere Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas 2. oder 3. Grades, die zu einer Invaliditätsleistung führt:

- Fahrradfahren (auch passiv in einem Kindersitz)
- Inlineskating
- Kitesurfen
- Reiten
- Rodeln
- Rollerskating
- Skateboarden
- Ski alpin
- Surfen (Wellenreiten)
- Wakeboarden
- Windsurfen

2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen zusätzlich zu der Invaliditätsleistung als Mehrleistung 10 % der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

XVI. Kosten für Zahnsparren (Kindertarif)

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wenn die Zahnsparre eines versicherten Kindes bei einem Unfallereignis beschädigt wird, übernehmen wir die Reparaturkosten.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 5.000 €.

§ 5 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

I. Krankheit und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

II. Mitwirkung

Auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen wird verzichtet, sofern im Versicherungsschein nicht etwas anderes vereinbart worden ist.

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in § 3 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.

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

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

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

III. 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.

Sofern bei Selbstständigen der Verdienstaufschlag nicht konkret nachgewiesen werden kann, so wird als einmalige Pauschale der Jahresbruttobeitrag, der für die versicherte Person erhoben wird, erstattet.

IV. Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben oder
- 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.

V. Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden. Die Anzeigefrist beginnt bei Kenntnis vom Tod der versicherten Person und einer möglichen Unfallursache.

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

§ 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in § 6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

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

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

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

§ 8 Wann sind die Leistungen fällig?

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

I. Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen und
- bei einer Invaliditätsleistung zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach § 6.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

II. Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von 2 Wochen.

III. Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse. Innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall kann vor Abschluss des Heilverfahrens auch ein Vorschuss von Ihnen beantragt werden, wenn keine Todesfallleistung mitversichert ist.

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

IV. Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre.

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

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag zu verzinsen. Der Zinssatz liegt 1 % unter dem Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 247 BGB) und beträgt mindestens 4 % und höchstens 6 % pro Jahr, soweit nicht aus rechtlichen Gründen ein höherer Zins zu zahlen ist.

Die Zinsen werden zusammen mit der Entschädigung fällig.

§ 9 Was ist im Rahmen der Vorsorgeversicherung abgesichert?

I. Vorsorge für neugeborene und adoptierte Kinder

Wenn während der Wirksamkeit des Vertrages Kinder geboren oder adoptiert werden, gewähren wir automatisch beitragsfreien Versicherungsschutz im Rahmen der versicherten Unfallereignisse für Ihre neugeborenen oder adoptierten Kinder bis 12 Monate nach Vollendung der Geburt oder dem Tag der Adoption.

Versichert sind die Leistungsarten

- Invalidität mit 50.000 € (ohne progressive Invaliditätsstaffel),
- Todesfall mit 5.000 €,
- Krankenhaustagegeld mit 10 €.

Die Leistungsarten Todesfall und Krankenhaustagegeld sind nur mitversichert, wenn eine der bereits versicherten Personen diese mindestens bis zu den angegebenen Summen eingeschlossen hat.

Die Vorsorge entfällt rückwirkend, wenn das Kind nicht innerhalb von 12 Monaten nach Beginn dieser Vorsorgeversicherung beitragspflichtig versichert und die Erstprämie entrichtet wird.

Leistungen aus der Vorsorgeversicherung können für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden, auch wenn für die Elternteile mehrere Verträge bestehen.

Der Versicherungsschutz im Rahmen der Vorsorgeversicherung gilt für adoptierte Kinder nur dann, sofern keine Erkrankungen des Kindes bekannt sind und die leiblichen Eltern nicht alkohol- oder drogenabhängig waren.

II. Vorsorge für Verheiratete

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist der Ehegatte/Lebenspartner für 3 Monate ab der Heirat beitragsfrei mitversichert.

Versicherungsschutz wird in gleicher Höhe und Art wie für den bereits versicherten Ehegatten/Lebenspartner gewährt.

Der Versicherungsschutz besteht jedoch lediglich dann, wenn für den Ehegatten/den Lebenspartner weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht.

III. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr (bei Eltern des Kindes entfällt die Altersgrenze) noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet bzw. bei Tod eines mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner bis zur zweiten Hauptfälligkeit des Vertrages.

Bei Tod des Versicherungsnehmers wird der gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

IV. Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

1. Außerkraftsetzung und Beitragsfreiheit

Werden Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos, wird der Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft gesetzt. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet sind.

Geht uns der entsprechende Nachweis jedoch erst später als 2 Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit zu, gilt die Außerkraftsetzung erst mit Zugang des Nachweises.

Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt vereinbarten Summen.

2. Voraussetzungen

Voraussetzungen für den beitragsfreien Versicherungsschutz sind:

- Der Unfallversicherungsvertrag bestand vor der Arbeitslosigkeit mindestens 6 Monate,
- alle Beiträge wurden bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit beglichen,
- das Arbeitsverhältnis war unbefristet, ungekündigt und wurde durch den Arbeitgeber gekündigt,
- die wöchentliche Arbeitszeit betrug vor der Kündigung mindestens 30 Stunden,
- das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und der Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach insgesamt 12 Monaten Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn.

3. Ende der Außerkraftsetzung

Die Außerkraftsetzung endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit, wenn uns Ihre entsprechende Mitteilung innerhalb von 2 Monaten zugeht. Andernfalls endet die Außerkraftsetzung mit Zugang Ihrer Mitteilung.

Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als 3 Jahre dauert.

V. Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

1. Voraussetzungen

Sie werden unfallbedingt oder krankheitsbedingt für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig und weisen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nach.

Es gilt eine Wartezeit von 6 Monaten. Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn.

2. Art und Höhe der Leistung

Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag hin prämienfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Prämienbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Prämienbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Prämienbefreiung.

Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Prämienbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Prämienbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.

Nach der Beendigung der Prämienbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch prämienpflichtig weitergeführt. Prämien, die schon für die Zeit der Prämienbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgeprämien verrechnet, die nach der Prämienbefreiung zu zahlen sind.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Prämienbefreiung.

§ 10 Welche Wirkung hat die Verbesserungsgarantie?

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (Besonderer Teil LBN-BESSER+ und Allgemeiner Teil) ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

§ 11 Was beinhaltet die GDV-Garantie?

Wir garantieren Ihnen, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (Besonderer Teil LBN-BESSER+ und Allgemeiner Teil) ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Musterbedingungen – jeweils aktueller Stand – abweichen.

§ 12 Was bedeutet die Garantie der Mindeststandards „Arbeitskreis Beratungsprozesse“?

Wir garantieren Ihnen, dass die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (Besonderer Teil LBN-BESSER+ und Allgemeiner Teil) die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse - Stand Februar 2011 - erfüllen.

B. Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Was wird vom Geltungsbereich der LBN-ASSISTANCE umfasst?	26
§ 2 Welche Voraussetzungen bestehen für die Assistance-Leistungen?	26
§ 3 Welche Hilfeleistungen sind mitversichert?	26
I. Erstgespräch	26
II. Hausnotrufdienst	26
III. Mahlzeitendienst	26
IV. Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen	27
V. Fahrdienst zu Ärzten und Behörden	27
VI. Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien	27
VII. Besorgungen und Einkäufe	27
VIII. Wohnungsreinigung	27
IX. Versorgung der Wäsche	27
X. Pflegerberatung	27
XI. Grundpflege	27
XII. Tag- und Nachtwache	27
§ 4 Welche Vermittlungsleistungen sind mitversichert?	27
I. Vermittlung von Pflegehilfsmitteln	27
II. Pflegerplatzgarantie	27
III. Vermittlung einer Tierbetreuung	27
IV. Vermittlung des Umbaus der Wohnung	27
V. Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen	28
VI. Beratungsstellen	28
VII. Hospizplätze	28
VIII. Hausmeisterdienste	28
IX. Umzugsservice	28
X. Pflegeschulung für Angehörige	28
XI. Juristische Beratung	28
§ 5 Welche Leistungen sind im „Baustein Familie“ versichert?	28
I. Familienbetreuung	28
II. Pflegerhotline	28
§ 6 Welche Leistungsbegrenzungen gibt es?	28

§ 1 Was wird vom Geltungsbereich der LBN-ASSISTANCE umfasst?

Führt ein versichertes Unfallereignis zu einer Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person, erbringen wir als Versicherer durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfsleistungen. Dieser Dienstleister erbringt entweder die Leistungen selbst durch die eigene Organisation oder durch von ihm beauftragte Dritte (z. B. anerkannte Hilfsorganisationen oder lokale Pflegedienste).

1. LBN-Assistance mit LBN-Unfallversicherung

Der Umfang der versicherten Unfallereignisse zur Erbringung von Hilfsleistungen ergibt sich aus dem jeweils mit der LBN-Assistance vereinbarten Unfallversicherungstarif (LBN-GUT, LBN-BESSER oder LBN-BESSER+).

Zusätzlich gilt auch als Unfall, wenn die versicherte Person - unabhängig von der Ursache - eine Oberschenkelfraktur erleidet.

2. LBN-Assistance ohne LBN-Unfallversicherung

Sofern die LBN-Assistance nicht in Verbindung mit einer LBN-Unfallversicherung abgeschlossen wird, gelten analog die versicherten Unfallereignisse des Unfalltarifs LBN-GUT gemäß §§ 1 und 2 Besonderer Teil LBN-GUT als Grundlage zur Prüfung der Hilfsbedürftigkeit und der Gewährung von Hilfsleistungen.

Zusätzlich gilt auch als Unfall, wenn die versicherte Person - unabhängig von der Ursache - eine Oberschenkelfraktur erleidet.

3. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

- dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf,
- Personen, die einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 80 % haben,
- Personen, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G, B oder H besitzen.

§ 2 Welche Voraussetzungen bestehen für die Assistance-Leistungen?

Ein Unfall führt bei der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit mit anschließender ärztlicher ambulanter oder stationärer Behandlung. Befindet sich die versicherte Person wegen desselben Unfalls bzw. derselben Krankheit mehrmals in vollstationärer Behandlung, so gelten alle vollstationären Aufenthalte und deren Folgebehandlungen als eine ununterbrochene ärztliche Behandlung.

Eine Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Unfalls körperlich oder geistig nicht in der Lage ist, die Tätigkeiten (gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens), die wir im Rahmen der versicherten Hilfeleistungen nach §§ 3 und 4 erbringen, in einem erforderlichen Umfang selbstständig zu verrichten.

Die versicherte Person ist verpflichtet, uns ihre Hilfsbedürftigkeit nach einem Unfall innerhalb von 6 Wochen mit ärztlichen Unterlagen nachzuweisen. Ergibt unsere vorläufige Prüfung auf Grundlage der Informationen, dass eine Hilfsbedürftigkeit vorliegt, erhält die versicherte Person Leistungen zunächst für den Zeitraum von maximal einer Woche. Wird die Hilfsbedürftigkeit durch ärztliche Unterlagen nachgewiesen, setzen wir bei entsprechendem Bedarf unsere Leistungen über den Zeitraum hinaus fort.

Die Leistungen beginnen frühestens, wenn der Versicherungsnehmer die Hilfsbedürftigkeit geltend gemacht hat. Eine rückwirkende Geltendmachung von Hilfeleistungen ist nicht möglich.

§ 3 Welche Hilfeleistungen sind mitversichert?

Die folgenden Leistungen werden durch einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht:

I. Erstgespräch

Der von uns beauftragte Dienstleister führt 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 sowie gegebenenfalls ein persönliches Gespräch zur Feststellung der Ressourcen des Hilfs- oder Pflegebedürftigen und der Ermittlung und Abstimmung der im Einzelnen zu erbringenden Leistungen und Termine.

II. Hausnotrufdienst

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

III. Mahlzeitendienst

Diese Leistung umfasst die Anlieferung von 7 Hauptmahlzeiten pro Woche an die versicherte Person nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden täglich warm bei Bedarf für bis zu 6 Monate angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

IV. Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 4 Wochen die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

V. Fahrdienst zu Ärzten und Behörden

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate die versicherte Person zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden und Ärzten unumgänglich ist.

VI. Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien

Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate die versicherte Person zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.

VII. Besorgungen und Einkäufe

Einmal in der Woche werden für bis zu 6 Monate für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inklusive Arzneimittelbeschaffung, das Einstellen in den Kühlschrank unter Beachtung von Haltbarkeitszeiten und notwendige Besorgungen, z. B. Bank- oder Behördengänge. Die Kosten für die Lebensmittel und die Kosten für Gegenstände des täglichen Bedarfs trägt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person.

VIII. Wohnungsreinigung

Einmal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate der übliche Lebensbereich der Wohnung (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt. Diese Leistung kann nur erbracht werden, wenn ein Zugang zur Wohnung gewährleistet ist und die Wohnung vor Beginn des Krankenhausaufenthaltes in einem ordnungsgemäßen Zustand war. Die Reinigung der Wohnung ist jeweils auf einen dreistündigen Zeitaufwand begrenzt.

IX. Versorgung der Wäsche

Einmal wöchentlich werden bei Bedarf für bis zu 6 Monate Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen waschen und trocknen, bügeln, aufbessern, sortieren und einräumen sowie die Schuhpflege. Der Zeitaufwand ist dafür auf 3 Stunden begrenzt. Die Kosten für die Reinigung der Wäsche trägt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person.

X. Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt: Zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze und zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten.

XI. Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu 3 Monate eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Die Pflege ist täglich auf 3 Stunden begrenzt.

XII. Tag- und Nachtwache

Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

§ 4 Welche Vermittlungsleistungen sind mitversichert?

Folgende Leistungen vermitteln wir, ohne dass wir die Kosten für diese Hilfeleistung selbst übernehmen:

I. Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehhilfen) werden der versicherten Person vermittelt. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel selbst werden nicht übernommen.

II. Pflegeplatzgarantie

In Nottfällen garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung selbst übernehmen wir nicht.

III. Vermittlung einer Tierbetreuung

Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) wird eine Tierbetreuung vermittelt.

IV. Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Der versicherten Person wird eine einmalige Beratung für den behindertengerechten Umbau Ihrer Wohnung vermittelt.

V. Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen

Der versicherten Person wird eine einmalige Beratung für den behindertengerechten Umbau Ihres Kraftfahrzeuges vermittelt.

VI. Beratungsstellen

Bei Bedarf vermitteln wir Beratungsstellen, die unbürokratisch Hilfestellung in einem Notfall für Betroffene und Angehörige leisten (z. B. Beantwortung zu Fragen rund um die Pflege, Betreuung, Umgang mit Behörden).

VII. Hospizplätze

Der versicherten Person werden Einrichtungen, die Hospizplätze zur Verfügung stellen, benannt.

VIII. Hausmeisterdienste

Der versicherten Person wird ein Hausmeisterdienst zur Einhaltung der Hausordnung (z. B. Räumung der Gehwege, Instandhaltung des Gartens, Schneeräumdienste) vermittelt.

IX. Umzugsservice

Der versicherten Person wird ein Umzugsunternehmen oder eine Spedition zur Durchführung eines Umzuges, einer Wohnungsauflösung und / oder einer Möbeleinlagerung vermittelt.

X. Pflegeschulung für Angehörige

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

XI. Juristische Beratung

Auf Wunsch wird der versicherten Person einmalig eine juristische Erstberatung per Telefon vermittelt. Die telefonische Erstberatung erfolgt durch zugelassene Rechtsanwälte. Die Beratung umfasst folgende Rechtsgebiete:

- Vertragsrecht (Arzthaftungs- und Medizinrecht - nicht gegen den Unfallversicherer)
- Informationsrecht (Recht zur Auskunft, Einsicht und Herausgabe ärztlicher Patientenakten sowie diesbezügliche Datenschutzprobleme).

§ 5 Welche Leistungen sind im „Baustein Familie“ versichert?

Gegen Mehrbeitrag ist zusätzlich versicherbar:

I. Familienbetreuung

Die versicherte Person (Familie) erhält bei Bedarf für bis zu vier Wochen eine Familienbetreuung, sofern dies örtlich möglich ist. Diese Leistung umfasst die Kinderbetreuung inklusive Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (nur bis Grundschule), Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Hilfe beim An- und Auskleiden, und die Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art). Die Familienbetreuung sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren), Schuhpflege, Einkaufen und die übliche Wohnungsreinigung (Wohn- und Schlafzimmer, Küche, Bad und Toilette).

Diese Leistungen werden bis zu 8 Stunden täglich bis zu 4 Wochen erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag (sofern örtlich möglich). Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalls ohne anderweitige (z. B. familiäre) Hilfeleistung.

II. Pflegehotline

Telefonische Beratung der versicherten Person oder ihrer Angehörigen rund um das Thema Pflege (Pflegehotline). Die Beratung erfolgt in den Geschäftszeiten (08:00 Uhr bis 18:00 Uhr) unseres Dienstleisters und nach individuellen Kundenbedürfnissen (z. B. allgemeine Fragen zum Thema Pflege/Pflegeversicherung).

§ 6 Welche Leistungsbegrenzungen gibt es?

I. Die Leistungen werden ausschließlich über eine beauftragte Hilfsdienstorganisation und nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht, unabhängig davon, wo sich der Unfall ereignet hat.

II. Keine Leistungspflicht besteht, wenn die versicherte Person selbst eine Hilfsdienstorganisation auswählt.

III. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen mit Hilfeleistungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

IV. Werden der versicherten Person Kosten aus einem anderen Rechtsgrund ersetzt, können Ansprüche gegen uns nur wegen restlicher Kosten geltend gemacht werden.

C. Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Was müssen Sie beachten?	30
I. Umstellung des Kinder-Tarifs	30
II. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	30
III. Umstellung bei Vollendung des 75. Lebensjahres	30
§ 2 Welche Voraussetzungen gelten für den dynamischen Zuwachs von Leistung und Beitrag (dynamische Unfallversicherung)?	30
I. Erhöhung der Versicherungssummen	30
II. Erhöhung des Beitrags	30
III. Widerspruch	30
IV. Widerruf	30
V. Ende der Dynamik	31
§ 3 Welche Folgen hat der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person während der Vertragslaufzeit?	31
I. Pflegebedürftigkeit	31
II. Ausnahme bei LBN-BESSER+	31
§ 4 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	31
I. Beginn des Versicherungsschutzes	31
II. Dauer und Ende des Vertrags	31
§ 5 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	32
I. Beitrag und Versicherungsteuer	32
II. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag	32
III. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag	32
IV. Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	33
V. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	33
§ 6 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	33
I. Fremdversicherung	33
II. Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	33
III. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	33
§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	33
I. Vorvertragliche Anzeigepflicht	33
II. Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	33
III. Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	34
IV. Anfechtung	35
V. Erweiterung des Versicherungsschutzes	35
§ 8 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	35
I. Gesetzliche Verjährung	35
II. Aussetzung der Verjährung	35
§ 9 Welches Gericht ist zuständig?	35
I. Klage gegen Versicherer	35
II. Klage gegen Versicherungsnehmer	35
§ 10 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	35
I. Anzeigen und Erklärungen	35
II. Änderung der Anschrift	35
§ 11 Welches Recht findet Anwendung?	35

§ 1 Was müssen Sie beachten

- bei einem Kinder-Tarif,
- bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und
- bei Vollendung des 75. Lebensjahres?

I. Umstellung des Kinder-Tarifs

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens 2 Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

II. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist unser geltendes **Berufsgruppenverzeichnis**.

1. Mitteilung der Änderung

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

2. Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

III. Umstellung bei Vollendung des 75. Lebensjahres

Ab dem vollendeten 75. Lebensjahr entfallen die progressive Invaliditätsstaffel und eine vereinbarte Dynamik.

§ 2 Welche Voraussetzungen gelten für den dynamischen Zuwachs von Leistung und Beitrag (dynamische Unfallversicherung)?

I. Erhöhung der Versicherungssummen

Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den vereinbarten Prozentsatz (max. 10 %). Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 1.000 € und für das Krankenhaustagegeld auf volle Euro aufgerundet.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

II. Erhöhung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

III. Widerspruch

Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von 6 Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

IV. Widerruf

Sie und wir können diese Zuwachsvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

V. Ende der Dynamik

Ohne besonderen schriftlichen Widerruf entfällt die Erhöhung für die versicherte Person, die im Laufe des Versicherungsjahres das 75. Lebensjahr vollendet. Der Versicherungsschutz besteht zu den dann vereinbarten Versicherungssummen fort.

§ 3 Welche Folgen hat der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person während der Vertragslaufzeit?

I. Pflegebedürftigkeit

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige mit dem Pflegegrad 3 bis 5 gemäß dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II). Der jeweilige Pflegegrad ist von Ihnen mit dem Pflegebescheid nachzuweisen.

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Satz 1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

Der für dauernd pflegebedürftige Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

II. Ausnahme bei LBN-BESSER+

Der Versicherungsschutz kann auf Ihren Antrag hin bestehen bleiben, sofern für die versicherte Person der Tarif LBN-BESSER+ vereinbart ist. Wir führen dazu eine gesonderte Gesundheitsprüfung durch. Der Versicherungsschutz über den Zeitpunkt des Eintrittes der Pflegebedürftigkeit hinaus muss von uns ausdrücklich angenommen und schriftlich bestätigt werden. Versicherungsschutz besteht erst wieder mit unserer Bestätigung. Wird innerhalb des Jahres nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit kein Antrag gestellt, ist eine Fortführung nicht möglich. Der Vertrag endet in diesem Fall mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

§ 4 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

I. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Datum um 00:00 Uhr.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

II. Dauer und Ende des Vertrags

1. Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

2. Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform zugehen.

3. Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens 3 Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

4. Kündigung nach Versicherungsfall

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

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits in Textform zugegangen sein.

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

5. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert 12 Monate.

Ausnahme:

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

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

6. Höchstalter

Der Vertrag endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat.

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

I. Beitrag und Versicherungsteuer

1. Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

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

2. Versicherungsteuer

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

II. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

1. Fälligkeit der Zahlung

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

2. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

3. Rücktritt

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

III. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

2. Verzug

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

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 3).

3. Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

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

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

4. Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

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

IV. Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

V. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

§ 6 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

I. Fremdversicherung

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

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

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

II. Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

III. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

II. Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

1. Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (§ 5 Ziffer I 1 Allgemeiner Teil) Vertragsbestandteil.

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

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

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

III. Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

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

IV. Anfechtung

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

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

V. Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Ziffern I bis IV gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

§ 8 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

I. Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

II. Aussetzung der Verjährung

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

§ 9 Welches Gericht ist zuständig?

I. Klage gegen Versicherer

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

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

II. Klage gegen Versicherungsnehmer

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

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

I. Anzeigen und Erklärungen

Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

II. Änderung der Anschrift

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

§ 11 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

D. Anhang

I. Progressionstabelle 225 %

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) eine Leistung von mehr als 25 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %
25	25	63	114
26	27	64	117
27	29	65	120
28	31	66	123
29	33	67	126
30	35	68	129
31	37	69	132
32	39	70	135
33	41	71	138
34	43	72	141
35	45	73	144
36	47	74	147
37	49	75	150
38	51	76	153
39	53	77	156
40	55	78	159
41	57	79	162
42	59	80	165
43	61	81	168
44	63	82	171
45	65	83	174
46	67	84	177
47	69	85	180
48	71	86	183
49	73	87	186
50	75	88	189
51	78	89	192
52	81	90	195
53	84	91	198
54	87	92	201
55	90	93	204
56	93	94	207
57	96	95	210
58	99	96	213
59	102	97	216
60	105	98	219
61	108	99	222
62	111	100	225

II. Progressionstabelle 350 %

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) eine Leistung von mehr als 25 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %
25	25	63	165
26	28	64	170
27	31	65	175
28	34	66	180
29	37	67	185
30	40	68	190
31	43	69	195
32	46	70	200
33	49	71	205
34	52	72	210
35	55	73	215
36	58	74	220
37	61	75	225
38	64	76	230
39	67	77	235
40	70	78	240
41	73	79	245
42	76	80	250
43	79	81	255
44	82	82	260
45	85	83	265
46	88	84	270
47	91	85	275
48	94	86	280
49	97	87	285
50	100	88	290
51	105	89	295
52	110	90	300
53	115	91	305
54	120	92	310
55	125	93	315
56	130	94	320
57	135	95	325
58	140	96	330
59	145	97	335
60	150	98	340
61	155	99	345
62	160	100	350

III. Progressionstabelle 500 %

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) eine Leistung von mehr als 25 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %
25	25	63	241
26	30	64	248
27	35	65	255
28	40	66	262
29	45	67	269
30	50	68	276
31	55	69	283
32	60	70	290
33	65	71	297
34	70	72	304
35	75	73	311
36	80	74	318
37	85	75	325
38	90	76	332
39	95	77	339
40	100	78	346
41	105	79	353
42	110	80	360
43	115	81	367
44	120	82	374
45	125	83	381
46	130	84	388
47	135	85	395
48	140	86	402
49	145	87	409
50	150	88	416
51	157	89	423
52	164	90	430
53	171	91	437
54	178	92	444
55	185	93	451
56	192	94	458
57	199	95	465
58	206	96	472
59	213	97	479
60	220	98	486
61	227	99	493
62	234	100	500