Döhrbruch 65 - 30559 Hannover - Telefon: 0511 36425-0 - Fax: 0511 36425-900 - E-Mail: info@lbn.de - Internet: www.lbn.de

Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2026)

- **Besonderer Teil LBN-BESSER+**

Versicherungsbedingungen für die Unfall-Assistance (VUA 2026)

- **Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE**

Allgemeine Bestimmungen (AUB 2026 / VUA 2026)

- **Allgemeiner Teil**

Stand 01/2026

Inhaltsverzeichnis

Seite

Versicherungsbedingungen Unfall (AUB 2026)

A. Besonderer Teil LBN-BESSER+ 4

B. Progressionstabellen 19

Versicherungsbedingungen Unfall-Assistance (VUA 2026)

C. Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE 24

Allgemeine Bestimmungen (AUB 2026 / VUA 2026)

D. Allgemeiner Teil 28

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 der vereinbarte Tarif und die Versicherungsbedingungen sowie die versicherten Leistungsarten. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Unsere **Unfall-Assistance** bietet Ihnen eine schnelle, praktische Hilfe und Organisation im Alltag nach einem Unfall, wie z. B. Einkaufshilfe, Haushaltshilfe, Pflege, Fahrdienste oder die Organisation von Betreuung. Diese Leistungen gehen über die reine finanzielle Kompensation hinaus und sind in unserer Unfallversicherung als zusätzlicher Baustein versicherbar oder auch separat abschließbar. Die Unfall-Assistance ist besonders sinnvoll für Personen, die nach einem Unfall auf fremde Hilfe angewiesen sind und zu Hause niemanden hätten, der sie unterstützen kann.

Bitte lesen Sie die Versicherungsbedingungen 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.

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.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Ihre LBN-Unfallversicherung

Ihrem besseren Verständnis dieser Versicherungsbedingungen dienen folgende rechtlich unverbindliche Begriffserläuterungen:

Versicherungsnehmer: Das sind Sie als unser Vertragspartner.

Versicherte Person: Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Versicherungsfall: Ein Versicherungsfall in der Unfallversicherung ist ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, das eine unfreiwillige Gesundheitsschädigung hervorruft und somit den Unfallbegriff erfüllt. Dieser Unfallbegriff wird allerdings auch auf Ereignisse erweitert, die nicht alle Voraussetzungen des Unfallsbegriffs erfüllen. Die erweiterten und mitversicherten Unfallereignisse sind in den Versicherungsbedingungen abschließend dargestellt und beschrieben.

Ausschlüsse: Bestimmte Gefahren werden über die Unfallversicherung nicht gedeckt. Diese werden als Ausschlüsse in den Versicherungsbedingungen abschließend aufgezählt. Bei den Ausschlüssen handelt es sich um solche Gefahren, die eine erhöhte Gefährdung des versicherten Risikos darstellen, d.h. eine erhöhte Unfallwahrscheinlichkeit verursachen. Für diese Risiken besteht kein Versicherungsschutz. Ein Ausschluss beschreibt eine Gefahr, eine Schadenart oder eine Sache, für die kein Versicherungsschutz besteht. Ausschlüsse dienen der Abgrenzung des Leistungsversprechens und gewährleisten, dass der Versicherungsschutz kalkulierbar bleibt. Sie finden sie in den Bedingungen entweder als generelle Ausschlüsse oder in Bestimmungen zu einzelnen mitversicherten Unfallereignissen sowie gegebenenfalls bei der Beschreibung der versicherten Leistungen.

Obliegenheiten: Das sind Verhaltenspflichten vor, während und nach dem Versicherungsfall. Zum Beispiel muss uns ein Versicherungsfall unverzüglich anzeigt werden. Eine Obliegenheitsverletzung gefährdet den Versicherungsschutz.

A. Besonderer Teil LBN-BESSER+

Inhaltsverzeichnis

		Seite
§ 1	Was ist versichert?	**5**
§ 2	Was ist nicht versichert?	**7**
§ 3	Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	**8**
§ 4	Welche Mehrleistungen sind beitragsfrei mitversichert?	**11**
§ 5	Welche Kostenarten sind beitragsfrei mitversichert?	**13**
§ 6	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	**15**
§ 7	Welche Obliegenheiten sind nach einem Unfall zu beachten?	**15**
§ 8	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	**16**
§ 9	Wann sind die Leistungen fällig?	**16**
§ 10	Was ist im Rahmen der Vorsorgeversicherung abgesichert?	**16**
§ 11	Welche Wirkung hat die Verbesserungsgarantie?	**17**
§ 12	Was beinhaltet die GDV-Garantie?	**17**
§ 13	Was ist die Garantie der Mindeststandards „Arbeitskreis Beratungsprozesse“?	**18**
§ 14	Welche Wirkung hat die Bestandsgarantie?	**18**

§ 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 sich die versicherte 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 gezerrt oder zerrissen werden.

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

Bandscheiben sind Knorpel und somit 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.

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

3. Infektionen

a. Übertragungswege / allergische Reaktion

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

Wird aufgrund einer derartigen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

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 Blutvergiftungen und Wundinfektionen mitversichert.

Eingeschlossen sind auch sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen und durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase, 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 Infektionen.

Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Schädigung der Gesundheit durch die Schutzimpfung an der versicherten Person.

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 einen Blutalkoholwert von 1,3 ‰.

b. Medikamente

Mitversichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen aufgrund der Einnahme von Medikamenten.

c. Herzinfarkt / Schlaganfall / Ohnmachtsanfälle / Herz- / Kreislaufstörung

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

Tritt ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall innerhalb einer Stunde nach dem Unfall ein, gilt dies jedoch 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 / Erschrecken

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

e. Epileptische Anfälle / 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.

g. Zuckerschock

Mitversichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen aufgrund eines Zuckerschocks bei einer Diabetes-Erkrankung.

Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch die Diabetes-Erkrankung selbst verursacht werden.

5. Vergiftungen

a. Nahrungsmittelvergiftung / Nahrungsmittelallergien

Als versicherte Unfallereignisse gelten Nahrungsmittelvergiftungen und Nahrungsmittelallergien.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz bei Nahrungsmittelallergien ist, dass die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

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 bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.

c. Vergiftungen durch Medikamente / Tabak / Alkohol / Pflanzen / 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, 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 (ausgenommen durch Kernenergie – siehe § 2 Ziffer II 9).

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

7. Sonnenbrand / Sonnenstich

Als Unfallereignis gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstichs.

8. Kriegsrisiko / Terroranschläge

a. Kriegsrisiko

Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Krieg oder Bürgerkrieg verursacht werden, wenn die versicherte Person während einer Auslandreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Der Versicherungsschutz erlischt jedoch am Ende des 30. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Kein Versicherungsschutz besteht:

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

b. Terroranschläge

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

9. Gewalttätige Auseinandersetzungen / innere Unruhen

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

10. 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.

11. Flüssigkeits- / Nahrungsmittel- / Sauerstoffentzug

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

12. Fehlmedikamentierung bei Entführung / Geiselnahme

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

13. Tauchtypische Gesundheitsschäden

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

14. Ertrinken / Ersticken

Mitversichert als Unfallereignis sind der Ertrinkungs- und Erstickungstod.

15. Erfrieren / Erfrierungen

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen und der Tod aufgrund von Erfrieren.

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.

16. Höhenkrankheit

Ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) gilt als mitversichert.

17. 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 Straßenverkehrsgesetz - StVG).

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde und die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder die versicherte Person mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ ist.

18. Selbstgebaute Feuerwerkskörper

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

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde und die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder die versicherte Person mit einer gesetzlichen Betreuung „in allen Angelegenheiten“ ist.

19. 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 Kart-Center 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.

20. 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.

21. Heilmaßnahmen und Eingriffe

Versicherungsschutz besteht bei Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, wenn

- die Heilmaßnahme oder der Eingriff durch einen Unfall veranlasst waren und
- für diesen Unfall Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.

Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

22. Oberschenkelhalsfraktur / Armfraktur

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unabhängig von einem Unfallereignis eine Oberschenkelhalsfraktur und eine Armfraktur erleidet.

23. Blutungen innerer Organe / Gehirnblutungen

Blutungen innerer Organe und Gehirnblutungen gelten als mitversichert, sofern diesen Blutungen ein Unfallereignis zugrunde liegt, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

§ 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 die Regelungen zu den versicherten Unfallereignissen in § 1 und zu den folgenden Ausschlüssen sowie zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (§ 6).

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.

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, sofern sie nicht gemäß § 1 Ziffer IV 4 mitversichert sind, sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Es sei denn, dass diese Störungen oder Anfälle durch ein mitversichertes Unfallereignis verursacht worden sind.

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

Versicherungsschutz - siehe § 1 Ziffer IV 4

4. Schäden an Bandscheiben / Blutungen aus inneren Organen / Gehirnblutung

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz - siehe § 1 Ziffer IV 23

5. Psychische Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:

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

Versicherungsschutz – siehe § 1 Ziffer IV 20

6. Heilmaßnahmen und Eingriffe

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

Versicherungsschutz - siehe § 1 Ziffer IV 21

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.

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.

Versicherungsschutz - siehe § 1 Ziffer IV 19

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. 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 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 EUR.

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 (§ 9 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	100 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
Hand	90 %
Daumen	45 %
Zeigefinger	30 %
anderer Finger	20 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	100 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	100 %
Bein bis unterhalb des Knies	100 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	100 %
Fuß	70 %
große Zehe	20 %
andere Zehe	10 %
Auge	80 %
Gehör auf einem Ohr	50 %
Geruchssinn	25 %
Geschmackssinn	25 %
Stimmverlust	100 %
Niere	30 %
beide Nieren	100 %
Milz	20 %
Milz bei Kindern bis 14. Lebensjahr	20 %
Gallenblase	20 %
Magen	30 %
Zwölffinger-/Dünn-/Dick-/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 / 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 90 %.

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 Bein zu 1/4 in seiner Funktion beeinträchtigt (1/4 von 100 % = 25 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 125 % 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 in Abschnitt B).

1. Progression 225 % **(ab 26 % Invalidität)**

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

- der über 25 % bis 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zweifach entschädigt,
- der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.

2. Progression 350 % **(ab 26 % Invalidität)**

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

- der über 25 % bis 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt,
- der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.

3. Progression 500 % **(ab 26 % Invalidität)**

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

- der über 25 % bis 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt,
- der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird siebenfach entschädigt.

4. PLUS-Progression 350 % **(ab 21 % Invalidität)**

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- bei einem Invaliditätsgrad über 20 % bis 25 % wird der Invaliditätsgrad zur Berechnung der Entschädigung um 2 % erhöht; bei einem Invaliditätsgrad über 25 % entfällt diese Erhöhung,
- bei einem Invaliditätsgrad über 25 % wird der über 25 % bis 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades dreifach entschädigt,
- der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.

5. PLUS-Progression 500 % **(ab 21 % Invalidität)**

Führt ein Unfall nach den vereinbarten Bemessungsgrundsätzen zu einer Invalidität von mehr als 20 %, so erhöht sich unsere Leistung wie folgt:

- bei einem Invaliditätsgrad über 20 % bis 25 % wird der Invaliditätsgrad zur Berechnung der Entschädigung um 2 % erhöht; bei einem Invaliditätsgrad über 25 % entfällt diese Erhöhung,
- der über 25 % bis 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt,
- der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird siebenfach entschädigt.

III. Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld

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 oder
- wird als Notfall zur vollstationären Heilbehandlung in ein Sanatorium, eine Rehabilitationseinrichtung, eine Kuranstalt oder in ein Erholungsheim eingewiesen.

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

b. 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 7 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen,
- für 7 Tage bei vollstationärer Behandlung, wenn der Aufenthalt unter 7 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.

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
- 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.

3. Eigenanteil bei Krankenhausaufenthalt

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

Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Forderungsbescheinigung.

4. Komageld

a. Voraussetzungen für die Leistung

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches Koma), zahlen wir das Komageld innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag gerechnet.

b. Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Komageld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme des Krankenhaustagegelds für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person in einem Koma befindet.

Das Komageld wird maximal für 12 Wochen gezahlt.

IV. Todesfallleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung

a. Unfalltod

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

Beachten Sie die Verhaltensregeln nach § 7 Ziffer 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.

c. Unfalltod aufgrund Bewusstseinsstörung

Die vereinbarte Todesfallleistung wird auch geleistet, wenn der Unfall aufgrund einer nicht mitversicherten Bewusstseinsstörung eingetreten ist.

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

a. Tod beider Elternteile

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.

b. Tod bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Wenn die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt wird, leisten wir die doppelte Todesfallsumme.

Die Mehrleistung erfolgt ergänzend bis zu einer Gesamtleistung von maximal 50.000 EUR.

§ 4 Welche Mehrleistungen sind beitragsfrei mitversichert?

Im Folgenden beschreiben wir die beitragsfreien Mehrleistungen sowie deren Voraussetzungen und Fristen.

I. Schmerzensgeld

1. Voraussetzungen für die Leistung

Erleidet die versicherte Person durch ein versichertes Unfallereignis

- den vollständigen Bruch eines Knochens oder
- die vollständige Zerreißung eines Bandes oder einer Sehne

leisten wir ein Schmerzensgeld, wenn die Verletzung eine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge hat.

Die Unfallverletzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2. Fraktur

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

Unvollständige Frakturen sind Grünholzfrakturen, Epiphysensprengungen, Fissuren, Infraktionen, Knochenabscherungen und -absprengungen.

Nicht versichert sind Zahnfrakturen.

3. Ruptur

Band- und Sehnenrupturen sind vollständige Zerreißungen von stabilisierenden Bandstrukturen und vollständige Zerreißungen von Sehnen sowie vollständige knöcherne Bänderausrisse.

Nicht versichert sind Teilrupturen, Meniskusrisse, Muskel- und Muskelfaserrisse.

4. Art und Höhe der Leistung

Das Schmerzensgeld zahlen wir einmalig je Unfallereignis in Höhe von 300 EUR.

Für Re-Frakturen oder Re-Rupturen aufgrund eines versicherten Unfallereignisses wird ein Schmerzensgeld nur geleistet, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Fraktur oder Ruptur mindestens ein Jahr vergangen ist.

II. Pflegegeld

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wir zahlen ein Pflegegeld, wenn die versicherte Person unfallbedingt den Pflegegrad 2 oder höher erreicht.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten das Pflegegeld innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag gerechnet und in Höhe von 30 EUR je Tag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 61 a und § 61 b Sozialgesetzbuch XII ist.

III. Sofortleistung bei Schwerverletzung

1. Voraussetzungen für die Leistung

Eine Sofortleistung wird geleistet, 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 20 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 EUR.

IV. Sofortleistung bei Krebserkrankung

1. Voraussetzungen für die Leistung

Eine Sofortleistung wird geleistet, wenn die versicherte Person an einer der folgenden während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten schweren Krankheit erkrankt:

- Brustkrebs,
- Hodenkrebs,
- Gehirntumor,
- Gebärmutterhalskrebs,
- Eierstockkrebs,
- akute myeloische oder lymphatische Leukämie,
- multiples Myelom,
- malignes Lymphom,
- Morbus Hodgkin.

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

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

Die Sofortleistung ist spätestens 7 Monate nach der diagnostizierten Erkrankung unter Vorlage eines ärztlichen Attestes von Ihnen geltend zu machen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten eine Sofortleistung in Höhe von 5.000 EUR.

V. Sofortleistung beim Bau / Kauf eines Eigenheims

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbst genutztes Wohneigentum erstmals erwerben oder bauen, leisten wir eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen, die in Ziffer III 1 aufgeführt sind.

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem Erwerb des Eigentums oder,
- wenn das Eigentum noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten.

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
- mit Veräußerung des Eigenheims,
- mit Beendigung der Eigenschaft als versicherte Person (versicherte Personen siehe Ziffer 2),
- mit Beendigung der Unfallversicherung.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung beträgt für Sie als versicherte Person und Ihrem mit Ihnen in einem Haushalt lebenden Ehe-/Lebenspartner als versicherte Person im Rahmen Ihres Vertrages jeweils:

- 30.000 EUR im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 24.000 EUR im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 18.000 EUR im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 12.000 EUR im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn,
- 6.000 EUR im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn.

VI. Mehrleistung bei einer ehrenamtlichen Tätigkeit

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet bei Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit einen Unfall gemäß § 1.

Der Versicherungsschutz umfasst auch den Wegeunfall auf dem direkten Hin- oder Rückweg zur ehrenamtlichen Tätigkeit.

Ehrenamtlich tätig ist, wer freiwillig und ohne Vergütung für eine Trägerorganisation Arbeit leistet, die dem Gemeinwohl dient.

Weiter muss das Unfallereignis über die gesetzliche Unfallversicherung versichert sein.

Die Voraussetzungen für die Mehrleistung sind von Ihnen mit Bescheinigungen der Trägerorganisation sowie der gesetzlichen Unfallversicherung zu belegen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen im Fall einer Invaliditätsleistung eine Mehrleistung in Höhe von 10 % der Invaliditätsleistung, maximal bis 10.000 EUR.

Als Berechnungsgrundlage gilt die vereinbarte Invaliditätsgrundsumme sowie die gegebenenfalls vereinbarte Progression. Auf andere vertragliche Mehrleistungen wenden wir diese Mehrleistung nicht an.

VII. Mehrleistung bei einer Rettungsmaßnahme

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet eine Gesundheitsschädigung durch eine Rettungsmaßnahme gemäß § 1 IV Ziffer 10.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen im Fall einer Invaliditätsleistung eine Mehrleistung in Höhe von 5 % der Invaliditätsleistung, maximal bis 5.000 EUR.

Als Berechnungsgrundlage gilt die vereinbarte Invaliditätsgrundsumme sowie die gegebenenfalls vereinbarte Progression. Auf andere vertragliche Mehrleistungen wenden wir diese Mehrleistung nicht an.

VIII. Helm-Mehrleistung (nur im Kinder-Tarif versichert)

1. Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind hat bei sportlichen Aktivitäten (z. B. Skifahren, Fahrradfahren, Skaten, Inlinern, Reiten usw.) eine unfallbedingte Verletzung am Kopf, an den Augen oder den Ohren erlitten und hat zum Unfallzeitpunkt nachweislich einen handelsüblichen und geeigneten Helm getragen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erhöhen die vereinbarte Invaliditätsgrundsumme im Fall einer Invalidität um 25 %. Die Invaliditätsleistung wird hierdurch maximal um 100.000 EUR erhöht.

IX. Vollwaisen-Leistung (nur im Kinder-Tarif versichert)

1. Voraussetzungen für die Leistung

Versterben beide versicherte Elternteile innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses, zahlen wir eine Vollwaisen-Leistung an alle leiblichen oder adoptierten minderjährigen Kinder, die im Rahmen des Vertrages mitversichert sind.

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

2. Art und Höhe der Leistung

Die Vollwaisen-Leistung wird jährlich in Höhe des 50-fachen Bruttojahresbeitrags, der für die Unfallversicherung des jeweiligen Kindes zum Unfallzeitpunkt aufgewendet wurde, maximal bis 8.000 EUR pro Jahr und Kind geleistet.

Die Vollwaisen-Leistung wird letztmals für das Jahr gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

§ 5 Welche Kostenarten sind beitragsfrei mitversichert?

Im Folgenden beschreiben wir die beitragsfreien Kostenarten 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. Kranken- oder Haftpflichtversicherung) eintritt. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden gegebenenfalls die restlichen Kosten gezahlt. Wird die Leistung bestritten, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

I. Kosmetische Operation infolge eines Unfalls

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.

II. Kosmetische Operation infolge einer Krebserkrankung

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat Anspruch auf die Sofortleistung bei Krebserkrankungen gemäß § 4 Ziffer IV und muss sich aufgrund dieser Krebserkrankung einer kosmetischen oder plastischen Operation unterziehen und/oder es ist eine kosmetische Behandlung beim Kosmetiker erforderlich.

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,
- Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker,
- Kosten für Hilfsmittel

insgesamt bis zur Höhe von 5.000 EUR.

III. 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

für die Behandlung von natürlichen Zähnen.

Bei der Behandlung von künstlichen Zähnen leisten wir ausschließlich für Schneide- und Eckzähne und bis zur Höhe von 20.000 EUR.

IV. Bergungs- / 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,
- für die Flugrückholung aus dem Ausland aufgrund eines ärztlich angeordneten und nicht medizinisch notwendigen Transports zu einem Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik in Deutschland, wenn der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert,
- 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.

V. Kosten für Rehabilitationsmaßnahme / 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 einer Woche erfolgen.

Die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme oder 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 75 EUR je Tag, maximal bis 15.000 EUR.

VI. Kosten für Physiotherapie / Osteopathie / 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 insgesamt bis zur Höhe von 2.000 EUR.

VII. Behinderungsbedingte Kosten

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

- behindertengerechter Umbau der selbstbewohnten Immobilie (Haus/Wohnung),
- Umzug in behindertengerechte(s) Wohnung oder Haus,
- Umrüstung des selbst genutzten PKW,
- künstliche Organe und Organtransplantation,
- Anschaffung eines Blindenhundes,
- Prothesen, Geh- und Stützapparate, Krankenfahrstühle sowie sonstige Hilfsmittel,
- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis 3 Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses insgesamt bis zur Höhe von 50.000 EUR.

VIII. Blindenschrift / Gebärdensprache

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen die Kosten der versicherten Person, wenn sie aufgrund der unfallbedingten Invalidität im täglichen Leben darauf angewiesen ist, die Blindenschrift oder die Gebärdensprache zu erlernen.

Zusätzlich sind die Kosten versichert, wenn auch der Ehe- oder Lebenspartner und/oder die Kinder der versicherten Person die Gebärdensprache erlernen, sofern die Personen in einem Haushalt mit der versicherten Person leben.

2. Art und Höhe der Leistung

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

IX. Reparatur / Ersatz vorhandener Prothesen

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wir übernehmen die Kosten der versicherten Person, wenn unfallbedingt bereits vorhandene Prothesen repariert oder ersetzt werden müssen.

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten an Gliedmaßprothesen bis zur Höhe von 5.000 EUR und an sonstigen Prothesen bis zur Höhe von 1.000 EUR.

X. 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 EUR je Tag, maximal bis 3.000 EUR.

XI. 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 einem 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 EUR je Tag, maximal bis 5.000 EUR.

XII. 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 100.000 EUR.

XIII. 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 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

traumatisiert ist, übernehmen wir die Kosten für psychische Therapiesitzungen.

Bei einem versicherten Kind übernehmen wir die Kosten bei einer Traumatisierung zusätzlich für psychische Therapiesitzungen auch nach einem eigenen oder einem Unfall eines Verwandten in gerader Linie nach § 1589 BGB.

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 bis 3 Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses für maximal 10 Sitzungen und insgesamt bis zur Höhe von 5.000 EUR.

XIV. Kosten für Kinderbetreuung / Haushaltshilfe

1. Voraussetzungen für die Leistung

Der beaufsichtigende Elternteil ist aufgrund von Unfallverletzungen in medizinisch notwendiger und vollstationärer Krankenhausbehandlung oder einem 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.

XV. Rooming-in (nur im Kinder-Tarif versichert)

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 je Übernachtung einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 75 EUR.

XVI. Kosten für Nachhilfe (nur im Kinder-Tarif versichert)

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 EUR je ausgefallenen Schultag, maximal bis 5.000 EUR.

XVII. Kosten für Zahnspangen (nur im Kindertarif versichert)

1. Voraussetzungen für die Leistung

Wenn die Zahnspange 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 EUR.

§ 6 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. Verzicht auf Leistungskürzung bei Mitwirkung

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

§ 7 Welche Obliegenheiten sind nach einem Unfall zu beachten?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in den §§ 3, 4 und 5 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 Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

Sofern bei Selbstständigen als versicherte Person der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen werden kann, so wird als einmalige Pauschale der Jahresbruttobeitrag, der für diese 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. Der Tod der versicherten Person ist uns bei Kenntnis vom Tod der versicherten Person und einer möglichen Unfallursache anzuzeigen.

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

§ 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

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

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

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

§ 9 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.

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 3 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 (Obliegenheiten) nach § 7.

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.

§ 10 Was ist in der Vorsorgeversicherung abgesichert?

I. Vorsorge für neugeborene Kinder / adoptierte Kinder / Schwangerschaft

Wenn während der Wirksamkeit des Vertrages Kinder geboren oder adoptiert werden, gewähren wir automatisch beitragsfreien Versicherungsschutz im Rahmen der versicherten Unfallereignisse bis 12 Monate nach Vollendung der Geburt oder dem Tag der Adoption, sofern es sich um Ihre (Versicherungsnehmer) neugeborenen Kinder oder adoptierten Kinder unter 18 Jahren handelt. Der Versicherungsschutz beginnt bei ungeborenen Kindern bereits ab der Schwangerschaft.

Versichert sind die Leistungsarten

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

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.

Bei fristgemäßem Einschluss der Kinder in den bestehenden Vertrag entfällt die Gesundheitsprüfung. Der Verzicht auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von unfallunabhängigen Krankheiten oder Gebrechen, gemäß § 6 ist bei einem Einschluss ohne Gesundheitsprüfung nicht möglich. Der Anteil, ab dem eine Leistungskürzung erfolgt, beträgt 75 %.

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 / Lebenspartnerschaft

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Wirksamkeit des Vertrages ist Ihr Ehegatte/ Lebenspartner für 3 Monate ab der Heirat/Eintragung beitragsfrei mitversichert, sofern Sie als Versicherungsnehmer auch als versicherte Person mitversichert sind.

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

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

III. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie als Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer sterben oder als versicherte Person dieses Vertrages einen Unfall erleiden, der mindestens zu einer Invalidität von 50 % führt 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.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird 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 36 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 6 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.

VI. Beginn des Versicherungsschutzes bei Versichererwechsel

Sofern eine zeitliche Deckungslücke vom Ablauf des bisherigen Vertrages (12.00 Uhr mittags) und des Beginns dieses Vertrages (24.00 Uhr bzw. 00.00 Uhr) besteht, gewähren wir für diesen Zeitraum Versicherungsschutz.

§ 11 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.

§ 12 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.

§ 13 Was ist 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 03.06.2024 - erfüllen.

§ 14 Welche Wirkung hat die Bestandsgarantie?

Ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen des Vorversicherers zu den in diesem Vertrag versicherten Leistungsarten Verbesserungen im Leistungsumfang, werden diese Verbesserungen auf Ihren Antrag hin im Leistungsfall berücksichtigt.

I. Leistungsvoraussetzungen

Es muss ein unmittelbarer Vorvertrag bei einem anderen in Deutschland zugelassenen Versicherungsunternehmen für mindestens 3 Jahre bestanden haben und zwischen Ablauf des Vorvertrages und Beginn dieses Vertrages lagen maximal 3 Monate.

II. Leistungsumfang

Im Leistungsfall regulieren wir, sofern Sie es wünschen, nach den Versicherungsbedingungen des Vorvertrags bei einem anderen Versicherungsunternehmen, wenn diese für Sie besser waren.

Bei beitragspflichtigen Leistungsarten entspricht die Maximalentschädigung der Höchstsumme, die jeweils bei uns vereinbart ist.

Abweichende Progressionsstaffeln und Gliedertaxen finden keine Anwendung.

Die beitragsfreien Leistungsarten, die im Vorvertrag vereinbart waren, werden wir bis zu einer Gesamthöhe von 25.000 EUR berücksichtigen, wenn sie

- in diesem Vertrag ebenfalls beitragsfrei versichert sind und eine geringere Versicherungssumme vorsehen oder
- als beitragsfreie Leistungsart in diesem Vertrag nicht enthalten sind und auch nicht beitragspflichtig vereinbart werden können.

III. Nachweispflicht

Im Schadenfall obliegt die Nachweispflicht für die Anwendung der Bestandsgarantie dem Versicherungsnehmer.

Als Nachweise sind der Versicherungsschein und die vereinbarten Unfallversicherungsbedingungen des Vorvertrags sowie eine Bescheinigung zur Vertragslaufzeit und zum Vertragsende vorzulegen.

IV. Ausschlüsse

Eine Leistung aus der Bestandsgarantie erfolgt nicht:

- bei Änderungen des Vorvertrags, die nach dessen Ablauf oder nach Eindeckung bei LBN vorgenommen wurden,
- bei individuell vereinbarten Risikoausschlüssen (z. B. Vorerkrankungen),
- bei Assistance-Leistungen oder sonstigen versicherungsfremden Dienstleistungen,
- für Elemente anderer Versicherungsarten, die nicht der Unfallversicherung zuzurechnen sind (z. B. Dread-Disease-Versicherung/Pflegetagegeldversicherung/Pflegerentenversicherung/Unfallversicherung mit Prämienrückgewähr)
- bei Kündigung des Vorversicherers wegen Nichtzahlung der Beiträge, Obliegenheitsverletzungen, arglistiger Täuschung oder Betrug,
- bei Luftfahrtunfällen,
- bei Unfällen bei der aktiven Teilnahme an Rennveranstaltungen,
- bei Unfällen durch Kernenergie einschließlich Strahlenschäden,
- bei Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden.

B. Progressionstabellen

I. Progression 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. Progression 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. Progression 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

IV. PLUS-Progression 350 % (ab 21 % Invalidität)

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) eine Leistung von mehr als 20 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %
21	23	61	155
22	24	62	160
23	25	63	165
24	26	64	170
25	27	65	175
26	28	66	180
27	31	67	185
28	34	68	190
29	37	69	195
30	40	70	200
31	43	71	205
32	46	72	210
33	49	73	215
34	52	74	220
35	55	75	225
36	58	76	230
37	61	77	235
38	64	78	240
39	67	79	245
40	70	80	250
41	73	81	255
42	76	82	260
43	79	83	265
44	82	84	270
45	85	85	275
46	88	86	280
47	91	87	285
48	94	88	290
49	97	89	295
50	100	90	300
51	105	91	305
52	110	92	310
53	115	93	315
54	120	94	320
55	125	95	325
56	130	96	330
57	135	97	335
58	140	98	340
59	145	99	345
60	150	100	350

V. PLUS-Progressionstabelle 500 % (ab 21 % Invalidität)

Wenn die Invalidität (dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit) eine Leistung von mehr als 20 % der für den Invaliditätsfall versicherten Summe ergibt, erhöht sich die Leistung wie folgt:

von %	auf %	von %	auf %
21	23	61	227
22	24	62	234
23	25	63	241
24	26	64	248
25	27	65	255
26	30	66	262
27	35	67	269
28	40	68	276
29	45	69	283
30	50	70	290
31	55	71	297
32	60	72	304
33	65	73	311
34	70	74	318
35	75	75	325
36	80	76	332
37	85	77	339
38	90	78	346
39	95	79	353
40	100	80	360
41	105	81	367
42	110	82	374
43	115	83	381
44	120	84	388
45	125	85	395
46	130	86	402
47	135	87	409
48	140	88	416
49	145	89	423
50	150	90	430
51	157	91	437
52	164	92	444
53	171	93	451
54	178	94	458
55	185	95	465
56	192	96	472
57	199	97	479
58	206	98	486
59	213	99	493
60	220	100	500

C. Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE

Inhaltsverzeichnis

Seite

§ 1 Was beinhaltet die LBN-ASSISTANCE? **25**

§ 2 Welche Voraussetzungen bestehen für die Assistance-Leistungen? **25**

§ 3 Welche Hilfeleistungen sind mitversichert? **25**

§ 4 Welche Vermittlungsleistungen gibt es? **26**

§ 5 Was ist im „Baustein Familie“ versichert? **26**

§ 6 Welche Leistungsbegrenzungen bestehen? **26**

§ 1 Was beinhaltet die LBN-ASSISTANCE?

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.

Der Dienstleister erbringt entweder die Leistungen selbst durch die eigene Organisation oder durch von ihm beauftragte Dritte (z. B. anerkannte Hilfsorganisationen oder lokale Pflegedienste).

I. LBN-ASSISTANCE mit LBN-Unfallversicherung

Der Umfang der versicherten Unfallereignisse zur Erbringung von Hilfsleistungen ergibt sich aus dem jeweils vereinbarten Unfallversicherungstarif.

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

II. 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 der §§ 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.

III. 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 Bedarfes, 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 gibt es?

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 Notfällen 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 Was ist im „Baustein Familie“ versichert?

Gegen Mehrbeitrag sind zusätzlich versicherbar:

I. Familienbetreuung

Die versicherte Person 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).

Die 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 bestehen?

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.

D. Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis

		Seite
§ 1	Welche Änderungen müssen Sie während des Vertrages beachten?	**29**
§ 2	Was gilt für die dynamische Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (dynamische Unfallversicherung)?	**29**
§ 3	Welche Folgen hat der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person während der Vertragslaufzeit?	**29**
§ 4	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	**29**
§ 5	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	**30**
§ 6	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	**31**
§ 7	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	**31**
§ 8	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	**32**
§ 9	Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es für Sie?	**32**
§ 10	Welches Gericht ist zuständig?	**32**
§ 11	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	**32**
§ 12	Welches Recht findet Anwendung?	**33**

§ 1 Welche Änderungen müssen Sie während des Vertrages beachten?

I. Altersstufen

Die Beitragssätze richten sich nach dem Alter der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, wird der Beitragssatz entsprechend dem neuen Alter zur nächsten Hauptfälligkeit automatisch angepasst.

II. Umstellung des Kinder-Tarifs

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das im 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.

III. Änderung der Berufstätigkeit / 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 gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

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

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

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

IV. Umstellung bei Vollendung des 70. Lebensjahres

Ab dem vollendeten 70. Lebensjahr entfallen die progressive Invaliditätsstaffel und eine vereinbarte Dynamik zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages.

§ 2 Was gilt für die dynamische Erhöhung von Versicherungssummen 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 EUR 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 70. 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?

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.

§ 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 Jahr. Er verlängert sich nicht, wenn einer der Vertragsparteien vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragslaufzeit eine Kündigung in Textform zugegangen ist. Für den Versicherer gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten

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 darauffolgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

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 / Erstbeitrag

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 4 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 und
- wir können 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 ist 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 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 Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

I. Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 3696000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

II. Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Telefon: 0800 2100500
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: https://www.bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

III. Beschwerdemanagement

Unabhängig davon können Sie sich jederzeit auch direkt an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung:

Beschwerdemanagement
LBN Versicherungsverein a. G.
Döhrbruch 65
30559 Hannover
E-Mail: beschwerdemanagement@lbn.de

§ 10 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.

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

I. Anzeigen / Erklärungen

Anzeigen / Erklärungen sollen an diese 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.

§ 12 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.