



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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2017)

mit den Progressionsstufen 225 % / 350 % / 500 %

Besonderer Teil LBN-GUT

Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE

Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Besonderer Teil LBN-GUT	4
B. Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE	18
C. Allgemeiner Teil	22
D. Anhang	29

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

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

Ihre LBN-Unfallversicherung

Wer ist wer?

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

A. Besonderer Teil LBN-GUT

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Was ist versichert?	5
I. Grundsatz	5
II. Geltungsbereich	5
III. Unfallbegriff	5
IV. Erweiterter Unfallbegriff	5
1. Erhöhte Kraftanstrengung	5
2. Eigenbewegung	5
3. Infektionen	5
4. Bewusstseinsstörungen	6
5. Vergiftungen	7
6. Strahlen	7
7. Kriegsrisiko und Terroranschläge	7
8. Gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen	7
9. Verletzungen bei Rettungsmaßnahmen	7
10. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel, und Sauerstoffentzug	8
11. Tauchtypische Gesundheitsschäden	8
12. Ertrinken und Erstickten	8
13. Erfrierungen	8
§ 2 Was ist nicht versichert?	8
I. Einschränkungen unserer Leistungspflicht	8
II. Ausschlüsse	8
1. Straftat	8
2. Infektionen	8
3. Bewusstseinsstörungen	8
4. Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutung	8
5. Psychische Reaktionen	9
6. Heilmaßnahmen und Eingriffe	9
7. Luftfahrzeuge und Luftsportgeräte	9
8. Motorsport	9
9. Kernenergie	9
§ 3 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	9
I. Invaliditätsleistung	9
II. Progressive Invaliditätsstufen	12
III. Krankenhaustage-/Genesungs-/Schmerzensgeld	12
IV. Todesfalleistung	13
§ 4 Welche Leistungsarten sind beitragsfrei mitversichert?	13
I. Kosten für kosmetische Operationen	13
II. Kosten für Zahnbehandlung	14
III. Bergungs- und Transportkosten	14
IV. Behandlungskosten bei Tauchunfällen	14
V. Rooming-in (Kindertarif)	14
VI. Kosten für Kinderbetreuung und Haushaltshilfe (Kindertarif)	15
VII. Kosten für Nachhilfe (Kindertarif)	15
§ 5 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	15
I. Krankheit und Gebrechen	15
II. Mitwirkung	15
§ 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	15
§ 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	16
§ 8 Wann sind die Leistungen fällig?	16
I. Erklärung über die Leistungspflicht	16
II. Fälligkeit der Leistung	16
III. Vorschüsse	16
IV. Neubemessung des Invaliditätsgrads	17
§ 9 Was ist im Rahmen der Vorsorgeversicherung abgesichert?	17
I. Vorsorge für neugeborene Kinder	17
II. Vorsorge für Verheiratete	17
III. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	17

§ 1 Was ist versichert?

I. Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

II. Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

III. Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

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

erleidet.

IV. Erweiterter Unfallbegriff

1. Erhöhte Kraftanstrengung

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

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

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

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht.

Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

2. Eigenbewegung

Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Eigenbewegungen, sofern diese zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 % führen. Ausgeschlossen bleiben jedoch Verletzungen an Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz und Blutungen innerer Organe.

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

3. Infektionen

a. Übertragungswege und allergische Reaktion

Infektionen durch Tierbisse und Insektenstiche oder allergische Reaktionen durch einen Insektenstich sind versichert.

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

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,
- Dreitagefieber,
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
- Hirnhautentzündung (Meningitis),
- Lepra,
- Malaria,
- Pest,
- Schlafkrankheit,
- Tollwut,
- Tularämie (Hasenpest),
- Wundstarrkrampf (Tetanus).

c. Impfschäden

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

d. Wartezeit

Versicherungsschutz gemäß der Ziffern a bis c besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens einen Monat nach Vertragsbeginn stattfindet.

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

- als Fußgänger und beim Lenken eines Fahrrades nur bis zu einem Blutalkoholwert von 1,6 ‰ und
- beim Lenken eines Kraftfahrzeugs nur bis zu einem Blutalkoholwert von 1,1 ‰.

b. Medikamente

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

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

c. Herzinfarkt und Schlaganfall

Eingeschlossen sind Unfälle durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall. Die Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt und den Schlaganfall selbst bleiben jedoch ausgeschlossen.

Die Leistung ist insgesamt auf maximal 5.000 € begrenzt.

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

Unfälle aufgrund von Übermüdung oder durch Einschlafen infolge einer Übermüdung sind versichert.

5. Vergiftungen

a. Nahrungsmittelvergiftung

Als versicherte Unfallereignisse gelten Nahrungsmittelvergiftungen.

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

Die Leistung ist insgesamt auf maximal 10.000 € begrenzt. Die Begrenzung entfällt bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

b. Einatmung schädlicher Stoffe

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

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

c. Vergiftungen durch Medikamente, Tabak und Alkohol

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.

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) bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

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

6. Strahlen

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

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

7. Kriegsrisiko und Terroranschläge

a. Kriegsrisiko

Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Krieg oder Bürgerkrieg verursacht werden, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise durch ein Kriegsereignis überrascht wird. Der Versicherungsschutz erlischt jedoch am Ende des 7. 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,
- bei Reisen in oder durch Staaten, für die von amtlichen Stellen vor Reisen dorthin oder Aufhalten öffentlich gewarnt worden ist,
- innerhalb Deutschlands oder eines anderen Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

b. Terroranschläge

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

8. Gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen

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

9. Verletzungen bei Rettungsmaßnahmen

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

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

10. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel, und Sauerstoffentzug

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

Die Leistung bei unfreiwilligen Sauerstoffentzug ist insgesamt auf maximal 5.000 € begrenzt.

11. Tauchtypische Gesundheitsschäden

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

12. Ertrinken und Erstickten

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

Die Leistung ist insgesamt auf maximal 5.000 € begrenzt.

13. Erfrierungen

Eingeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Erfrierungen als Folge eines versicherten Unfallereignisses.

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

§ 2 Was ist nicht versichert?

I. Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

II. Ausschlüsse

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

1. Straftat

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

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.

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

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Gesundheitsschäden:

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5. Psychische Reaktionen

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

Beispiele:

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

6. Heilmaßnahmen und Eingriffe

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

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

7. Luftfahrzeuge und Luftsportgeräte

Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person

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

8. Motorsport

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

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

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

9. Kernenergie

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

§ 3 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

I. Invaliditätsleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung

a. Invalidität

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

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

b. Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 18 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 18 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 Todesfalleistung (Ziffer IV), sofern diese vereinbart ist.

2. Art und Höhe der Leistung

a. Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

b. Bemessung des Invaliditätsgrads und Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

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

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (§ 8 Ziffer IV).

aa. Gliedertaxe

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

• Arm	80 %
• Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
• Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
• Hand	70 %
• Daumen	30 %
• Zeigefinger	20 %
• anderer Finger	15 %
• Bein über der Mitte des Oberschenkels	85 %
• Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
• Bein bis unterhalb des Knies	75 %
• Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
• Fuß	40 %
• große Zehe	15 %
• andere Zehe	8 %
• Auge	60 %
• Gehör auf einem Ohr	30 %
• Geruchssinn	10 %
• Geschmackssinn	5 %
• Stimmverlust	40 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 80 %. Ist er um 1/10 in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 8 % (= 1/10 von 80 %).

bb. 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.

cc. 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 bb bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 80 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um 1/10 in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 % (= 1/10 von 80 %). Diese 8 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 %.

dd. 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 (80 %) und ein Fuß zu 3/4 in seiner Funktion beeinträchtigt (3/4 von 40 % = 30 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 110 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

c. Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

II. Progressive Invaliditätsstaffeln

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

1. Invaliditätsstaffel 225 %

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

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

2. Invaliditätsstaffel 350 %

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

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

3. Invaliditätsstaffel 500 %

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

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

III. Krankenhaustage-/Genesungs-/Schmerzensgeld

1. Krankenhaustagegeld

a. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 10 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

Kuren oder 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 730 Tage ab dem Tag des Unfalls,
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen,
- für 3 Tage bei vollstationärer Behandlung, wenn der Aufenthalt unter 3 Tagen liegt und die Leistungsvoraussetzungen im Rahmen einer ambulanten chirurgischen Operation vorliegen,
- doppelt für die Dauer einer vollstationären Behandlung im Ausland, wenn sich der Unfall dort ereignet und ein Krankenhausaufenthalt in dem betreffenden Land notwendig ist. Ausland ist jedes Land außerhalb Deutschlands. Die Mehrleistung ist auf maximal 21 Tage begrenzt.

2. Genesungsgeld

a. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist aus der unfallbedingten vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen worden oder
- hat sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation unterzogen, aufgrund dessen sie für mindestens 10 Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt war. Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten
- und es besteht ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld gemäß Ziffer 1.

b. Höhe und Dauer der Leistung

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

Das Genesungsgeld wird maximal für 100 Tage gezahlt.

3. Schmerzensgeld

Erleidet die versicherte Person durch ein versichertes Unfallereignis

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

leisten wir ein Schmerzensgeld, sofern die Leistungsart Krankenhaustagegeld versichert ist. Das Schmerzensgeld zahlen wir einmal je Unfall in Höhe von 100 €.

Die Unfallverletzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

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

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

IV. Todesfalleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung

a. Unfalltod

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

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach § 6 V.

b. Verschollenheit

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

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

2. Art und Höhe der Leistung

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

§ 4 Welche Leistungsarten sind beitragsfrei mitversichert?

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

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

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

I. Kosten für kosmetische Operationen

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

Die kosmetische Operation erfolgt

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

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe von 20.000 €.

II. Kosten für Zahnbehandlung

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

Die Behandlung erfolgt

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

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe von 20.000 €.

III. Bergungs- und Transportkosten

1. Voraussetzungen für die Leistung

Nach einem Unfall der versicherten Person sind folgende Kosten versichert:

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,
- für den ärztlich angeordneten Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik,
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- bei einem unfallbedingten Todesfall in Deutschland für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

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

2. Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 15.000 €.

IV. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

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

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

V. Rooming-in (Kindertarif)

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

2. Art und Höhe der Leistung

Wir leisten einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 50 € je Übernachtung, maximal bis 500 €.

VI. Kosten für Kinderbetreuung und Haushaltshilfe (Kindertarif)

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

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

2. Art und Höhe der Leistung

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

VII. Kosten für Nachhilfe (Kindertarif)

1. Voraussetzungen für die Leistung

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

2. Art und Höhe der Leistung

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

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

I. Krankheit und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

II. Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

1. Art der Minderung

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei der Leistungsart Invaliditätsleistung der Prozentsatz des Invaliditätsgrads und
- bei der Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %.

2. Anrechnungsschwelle

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, nehmen wir keine Minderung vor.

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

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

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

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

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

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben oder
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

V. Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 7 Tagen zu melden.

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

§ 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

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

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

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

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

§ 8 Wann sind die Leistungen fällig?

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

I. Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei einer Invaliditätsleistung beträgt die Frist 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 nach § 6.

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

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

II. Fälligkeit der Leistung

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

III. Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse. Innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall kann vor Abschluss des Heilverfahrens auch ein Vorschuss von Ihnen beantragt werden, wenn keine Todesfallleistung mitversichert ist. Die Vorschussleistung beträgt maximal 20 % der Versicherungssumme.

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

IV. Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

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

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

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

Die Zinsen werden zusammen mit der Entschädigung fällig.

§ 9 Was ist im Rahmen der Vorsorgeversicherung abgesichert?

I. Vorsorge für neugeborene Kinder

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

Versichert sind die Leistungsarten

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

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

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

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

II. Vorsorge für Verheiratete

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

Versichert ist die Leistungsart Invalidität bis 25 % der Invaliditätssumme des bereits versicherten Ehegatten/Lebenspartners. Alle weiteren versicherbaren und beitragsfreien Leistungsarten sind nicht im Vorsorgeversicherungsschutz enthalten.

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

III. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr 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.

B. Besonderer Teil LBN-ASSISTANCE

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Was wird vom Geltungsbereich der LBN-ASSISTANCE umfasst?	19
§ 2 Welche Voraussetzungen bestehen für die Assistance-Leistungen?	19
§ 3 Welche Hilfeleistungen sind mitversichert?	19
I. Erstgespräch	19
II. Hausnotrufdienst	19
III. Mahlzeitendienst	19
IV. Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen	20
V. Fahrdienst zu Ärzten und Behörden	20
VI. Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien	20
VII. Besorgungen und Einkäufe	20
VIII. Wohnungsreinigung	20
IX. Versorgung der Wäsche	20
X. Pflegerberatung	20
XI. Grundpflege	20
XII. Tag- und Nachtwache	20
§ 4 Welche Vermittlungsleistungen sind mitversichert?	20
I. Vermittlung von Pflegehilfsmitteln	20
II. Pflegerplatzgarantie	20
III. Vermittlung einer Tierbetreuung	20
IV. Vermittlung des Umbaus der Wohnung	20
V. Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen	21
VI. Beratungsstellen	21
VII. Hospizplätze	21
VIII. Hausmeisterdienste	21
IX. Umzugsservice	21
X. Pflegeschulung für Angehörige	21
XI. Juristische Beratung	21
§ 5 Welche Leistungen sind im „Baustein Familie“ versichert?	21
I. Familienbetreuung	21
II. Pflegerhotline	21
§ 6 Welche Leistungsbegrenzungen gibt es?	21

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

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

1. LBN-Assistance mit LBN-Unfallversicherung

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

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

2. LBN-Assistance ohne LBN-Unfallversicherung

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

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

3. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

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

§ 2 Welche Voraussetzungen bestehen für die Assistance-Leistungen?

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

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

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

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

§ 3 Welche Hilfeleistungen sind mitversichert?

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

I. Erstgespräch

Der von uns beauftragte Dienstleister führt mit der versicherten Person bzw. Ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit sowie gegebenenfalls ein persönliches Gespräch zur Feststellung der Ressourcen des Hilfs- oder Pflegebedürftigen und der Ermittlung und Abstimmung der im Einzelnen zu erbringenden Leistungen und Termine.

II. Hausnotrufdienst

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

III. Mahlzeitendienst

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

IV. Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

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

V. Fahrdienst zu Ärzten und Behörden

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

VI. Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien

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

VII. Besorgungen und Einkäufe

Einmal in der Woche werden für bis zu 6 Monate für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen 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 sind mitversichert?

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

I. Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

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

II. Pflegeplatzgarantie

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

III. Vermittlung einer Tierbetreuung

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

IV. Vermittlung des Umbaus der Wohnung

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

V. Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen

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

VI. Beratungsstellen

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

VII. Hospizplätze

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

VIII. Hausmeisterdienste

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

IX. Umzugsservice

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

X. Pflegeschulung für Angehörige

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

XI. Juristische Beratung

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

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

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

Gegen Mehrbeitrag ist zusätzlich versicherbar:

I. Familienbetreuung

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

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

II. Pflegehotline

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

§ 6 Welche Leistungsbegrenzungen gibt es?

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

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

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

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

C. Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Was müssen Sie beachten?	23
I. Umstellung des Kinder-Tarifs	23
II. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	23
III. Umstellung bei Vollendung des 75. Lebensjahres	23
§ 2 Welche Voraussetzungen gelten für den dynamischen Zuwachs von Leistung und Beitrag (dynamische Unfallversicherung)?	23
I. Erhöhung der Versicherungssummen	23
II. Erhöhung des Beitrags	23
III. Widerspruch	23
IV. Widerruf	23
V. Ende der Dynamik	24
§ 3 Welche Folgen hat der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person während der Vertragslaufzeit?	24
I. Pflegebedürftigkeit	24
II. Ausnahme bei LBN-BESSER+	24
§ 4 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	24
I. Beginn des Versicherungsschutzes	24
II. Dauer und Ende des Vertrags	24
§ 5 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	25
I. Beitrag und Versicherungsteuer	25
II. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag	25
III. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag	25
IV. Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	26
V. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	26
§ 6 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	26
I. Fremdversicherung	26
II. Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	26
III. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	26
§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	26
I. Vorvertragliche Anzeigepflicht	26
II. Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	26
III. Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	27
IV. Anfechtung	28
V. Erweiterung des Versicherungsschutzes	28
§ 8 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	28
I. Gesetzliche Verjährung	28
II. Aussetzung der Verjährung	28
§ 9 Welches Gericht ist zuständig?	28
I. Klage gegen Versicherer	28
II. Klage gegen Versicherungsnehmer	28
§ 10 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	28
I. Anzeigen und Erklärungen	28
II. Änderung der Anschrift	28
§ 11 Welches Recht findet Anwendung?	28

§ 1 Was müssen Sie beachten

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

I. Umstellung des Kinder-Tarifs

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

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

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

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

II. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

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

1. Mitteilung der Änderung

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

2. Auswirkungen der Änderung

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

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

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

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

III. Umstellung bei Vollendung des 75. Lebensjahres

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

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

I. Erhöhung der Versicherungssummen

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

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

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

II. Erhöhung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

III. Widerspruch

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

IV. Widerruf

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

V. Ende der Dynamik

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

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

I. Pflegebedürftigkeit

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

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

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

II. Ausnahme bei LBN-BESSER+

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

§ 4 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

I. Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

II. Dauer und Ende des Vertrags

1. Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

2. Stillschweigende Verlängerung

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

3. Vertragsbeendigung

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

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

4. Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

5. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert 12 Monate.

Ausnahme:

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

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

6. Höchstalter

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

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

I. Beitrag und Versicherungsteuer

1. Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

2. Versicherungsteuer

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

II. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

1. Fälligkeit der Zahlung

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

2. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

3. Rücktritt

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

III. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

2. Verzug

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

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

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

3. Zahlungsfrist

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

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

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

4. Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

IV. Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

V. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

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

I. Fremdversicherung

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

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

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

II. Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

III. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

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

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

II. Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

1. Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

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

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

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

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

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

III. Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

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

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

IV. Anfechtung

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

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

V. Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

§ 8 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

I. Gesetzliche Verjährung

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

II. Aussetzung der Verjährung

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

§ 9 Welches Gericht ist zuständig?

I. Klage gegen Versicherer

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

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

II. Klage gegen Versicherungsnehmer

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

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

I. Anzeigen und Erklärungen

Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

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

II. Änderung der Anschrift

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

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

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

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

§ 11 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

D. Anhang

I. Progressionstabelle 225 %

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

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

II. Progressionstabelle 350 %

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

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

III. Progressionstabelle 500 %

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

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