

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Private Unfallversicherung (AUB)

Stand 01.11.2021

Hinweise zum Aufbau und zur Anwendung

Die Bedingungen gelten in ihrer sprachlichen Form für alle Geschlechter.

Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind der gesamte Bedingungstext, der Versicherungsschein/Versicherungsbestätigung und seine Nachträge. Ist die im Versicherungsschein/Versicherungsbestätigung genannte Versicherungssumme kleiner als eine im Bedingungswerk genannte Höchstentschädigung, dann gilt maximal die Versicherungssumme gemäß Versicherungsschein/Versicherungsbestätigung.

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS.....	2
Der Versicherungsumfang	6
1. Was ist versichert?	6
1.1. Grundsatz	6
1.2. Geltungsbereich.....	6
1.3. Unfallbegriff.....	6
1.4. Erweiterter Unfallbegriff	6
1.5. Einschränkungen der Leistungspflicht.....	7
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	7
2.1. Invaliditätsleistung	7
2.1.1. Voraussetzungen für die Leistung	7
2.1.2. Art und Höhe der Leistung.....	8
2.2. Todesfalleistung.....	10
2.2.1. Voraussetzungen für die Leistung	10
2.2.2. Leistung bei Verschollenheit.....	10
2.2.3. Art und Höhe der Leistung.....	10
2.3. Sonstige Leistungen	10
2.3.1. Rooming-in-Leistung (für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr)	10
2.3.2. Haushaltshilfe / Kinderbetreuung / Tageseltern	11
2.3.3. Kosten für Nachhilfeunterricht für versicherte Kinder.....	11
2.3.4. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen.....	11
2.3.5. Sofortleistung bei schweren Verletzungen	11
2.3.6. Mitversicherung von Bergungskosten	12
2.3.7. Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz	12
2.3.8. Kurkostenbeihilfe	13
2.3.9. Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent	13
2.3.10. Therapie- und Druckkammerkosten nach Tauchunfällen	13
2.3.11. Vorsorgedeckung für Neugeborene	13
2.3.12. Wichtiger Hinweis zu vorgenannten Ziffer 2.3.1 bis 2.3.11	14
2.3.13. Erneuerungs-/ Verbesserungsklausel	14
2.3.14. Garantie GDV-Musterbedingungen.....	14
2.3.15. Zuständigkeit bei Wechsel des Versicherungsunternehmens	14
2.4. Übergangsleistungen.....	14
2.4.1. Voraussetzungen für die Leistung	14
2.4.2. Art und Höhe der Leistung.....	14
2.5. Tagegeld.....	15
2.5.1. Voraussetzungen für die Leistung	15
2.5.2. Höhe und Dauer der Leistung	15
2.6. Krankenhaus-Tagegeld	15
2.6.1. Voraussetzungen für die Leistung	15
2.6.2. Höhe und Dauer der Leistung	15
2.7. Genesungsgeld.....	15
2.7.1. Voraussetzungen für die Leistung:.....	15
2.7.2. Höhe und Dauer der Leistung	15
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	15
3.1. Mitwirkung.....	15

3.2.	Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen.....	15
4.	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	16
4.1.	Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle infolge von	16
4.1.1.	Geistes- und Bewusstseinsstörungen	16
4.1.2.	Straftaten	16
4.1.3.	Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse	16
4.1.4.	Luftfahrt und -sport	17
4.1.5.	Rennveranstaltungen	17
4.1.6.	Kernenergie	18
4.2.	Gesundheitsschäden	18
4.2.1.	Bandscheiben und Blutungen.....	18
4.2.2.	Strahlen	18
4.2.3.	Eingriffe durch Heilmaßnahmen	18
4.2.4.	Infektionen	18
4.2.5.	Vergiftungen	19
4.2.6.	Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen	19
4.3.	Welche Personen sind nicht versicherbar?	19
4.3.1.	Regelung für Personen mit anerkanntem Pflegegrad	19
5.	Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif, bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, bei Vollendung des 67. Lebensjahr und Vollendung des 80. Lebensjahres beachten?	19
5.1.	Umstellung des Kinder-Tarifs	19
5.1.1.	Tarifumstellung	19
5.1.2.	Mitteilung des Wahlrechtes	20
5.2.	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.....	20
5.2.1.	Mitteilung der Änderung	20
5.2.2.	Auswirkungen der Änderung	21
5.3.	Vollendung des 67. Lebensjahres	21
5.3.1.	Tarifumstellung	21
5.3.2.	Mitteilung des Wahlrechtes	21
5.4.	Vollendung des 80. Lebensjahres	21
5.4.1.	Tarifumstellung	21
5.4.2.	Mitteilung des Wahlrechtes	21
	Zusätzliche Leistungserweiterungen für den Tarif Top.....	22
6.	Leistungserweiterung Tarif Top	22
6.1.	Gliedertaxe	22
6.2.	Kosten für Nachhilfeunterricht für versicherte Kinder.....	22
6.3.	Mitversicherung von Bergungskosten	22
6.4.	Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz	23
6.5.	Kurkostenbeihilfe	23
6.6.	Therapie- und Druckkammerkosten nach Tauchunfällen	23
6.7.	Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	23
6.8.	Optionale Zusatzleistungen - Krebserkrankung	23
6.8.1.	Art und Höhe der Leistung.....	23
6.8.2.	Kosmetische Operation infolge Brustkrebs	23
6.8.3.	Gültigkeit und Dauer des optionalen Zusatzbausteins Krebserkrankung	24
6.9.	Wichtiger Hinweis zu vorgenannten Ziffer 6.2 bis 6.8	24
	Der Leistungsfall	25
7.	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	25
7.1.	Pflicht zur Untersuchung	25

7.2.	Auskunftspflicht.....	25
7.3.	Anerkennung eines Pflegegrad	25
7.4.	Ärzteauswahl	25
7.5.	Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.....	25
7.6.	Unfall mit Todesfolge	25
8.	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	26
9.	Wann sind die Leistungen fällig?	26
9.1.	Erklärung über die Leistungspflicht	26
9.2.	Fälligkeit der Leistung.....	26
9.3.	Vorschüsse	26
9.4.	Neubemessung des Invaliditätsgrads.....	26
Die Versicherungsdauer.....		28
10.	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	28
10.1.	Beginn des Versicherungsschutzes	28
10.2.	Dauer und Ende des Vertrages	28
10.3.	Kündigung nach Versicherungsfall.....	28
10.4.	Kündigung bei Eintritt einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit	28
10.5.	Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen	28
Der Versicherungsbeitrag		29
11.	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten und was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	29
11.1.	Beitrag und Versicherungssteuer	29
11.2.	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag	29
11.2.1.	Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung.....	29
11.2.2.	Späterer Beginn des Versicherungsschutzes	29
11.2.3.	Rücktritt.....	29
11.3.	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag	29
11.3.1.	Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung.....	29
11.3.2.	Verzug	29
11.3.3.	Kein Versicherungsschutz	30
11.3.4.	Kündigung.....	30
11.4.	Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat.....	30
11.5.	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	30
11.6.	Todesfall im Kinder-Tarif	30
11.6.1.	Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern.....	30
11.6.2.	Übernahme des Vertrages	30
12.	Was geschieht, wenn sich der Beitrag erhöht?	31
12.1.	Beitragsanpassung durch Sie.....	31
12.2.	Beitragsanpassung durch uns	31
12.3.	Beitragsanpassung durch Andere	31
Besondere Tarifbestimmungen zur privaten Unfallversicherung		32
13.	Gesundheitsprüfung	32
14.	Dauernd Pflegebedürftige.....	32
15.	Dynamische Anpassung	32
16.	Berufsgruppen	32
16.1.	Nicht versicherbare Berufe	33
17.	Höchstversicherungssummen	33
Weitere Bestimmungen.....		34
18.	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	34

18.1.	Vertragsabschluss	34
18.2.	Fremdversicherung.....	34
18.3.	Rechtsnachfolger und sonstiger Anspruchsteller	34
18.4.	Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen.....	34
19.	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	34
19.1.	Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände..	34
19.2.	Folgen der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung.....	35
19.2.1.	Rücktritt.....	35
19.2.2.	Kündigung.....	35
19.2.3.	Vertragsänderung.....	36
19.2.4.	Anfechtung.....	36
20.	Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	36
21.	Welches Gericht ist zuständig?	36
21.1.	Klage des Versicherungsnehmers.....	36
21.2.	Klage des Versicherers	37
22.	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?	37
22.1.	Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	37
22.2.	Adresse des Versicherers	37
23.	Welches Recht findet Anwendung?.....	37

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1. Grundsatz

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

1.3. Unfallbegriff

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

1.4. Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder durch Eigenbewegung

- ein Gelenk verrenkt;

Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Gliedmaßen oder die Wirbelsäule schädigt;

Beispiel: Die versicherte Person fängt einen schweren Gegenstand auf, woraufhin ein Wirbelkörper rausspringt.

- einen Bauch-, Unterleibs- oder Knochenbruch erleidet;

Beispiel: Die versicherte Person hebt einen schweren Gegenstand vom Boden auf und erleidet durch die Kraftanstrengung einen Unterleibsbruch.

- Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken zerrt oder zerreißt.

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

Schädigungen der Bandscheiben werden von dieser Regelung nicht umfasst.

Definitionen

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.

Eine Verletzung durch Eigenbewegung liegt vor, wenn eine Verletzung des Körpers durch eine Reflexreaktion oder eine eigene typische (falsche) Bewegung erfolgt.

Beispiel: Die versicherte Person knickt beim Spaziergang um und bricht sich den Fuß.

Als Unfall gilt auch:

- der tauchtypische Gesundheitsschaden;

Beispiele: Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung

- der Ertrinkungs- oder der Erstickungstod unter Wasser;

- die Vergiftung durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren und Ähnlichem, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben in diesem Zusammenhang ohne Rücksicht auf mitwirkende Ursachen weiterhin ausgeschlossen;

- der Gesundheitsschaden durch Erfrierungen;
- der Gesundheitsschaden, den die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

1.5. **Einschränkungen der Leistungspflicht**

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 4).

2. **Welche Leistungsarten können vereinbart werden?**

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1. **Invaliditätsleistung**

2.1.1. **Voraussetzungen für die Leistung**

2.1.1.1. **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 drei 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.

2.1.1.2. **Eintritt, ärztliche Feststellung und Geltendmachung der Invalidität**

Die Invalidität ist innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall:

- eingetreten und wurde
- von einem Arzt schriftlich festgestellt und wurde
- von Ihnen innerhalb dieses Zeitraums, unter Vorlage der schriftlichen ärztlichen Feststellung, bei uns geltend gemacht.

Sie machen die Invalidität dadurch geltend, indem Sie uns mitteilen, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

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

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.

2.1.1.3. Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

In diesem Fall wird die Todesfalleistung erbracht, sofern diese vereinbart ist.

2.1.2. Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1. Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme, die vereinbarte Progression und der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2. Bemessung des Invaliditätsgrads

Der Invaliditätsgrad richtet sich nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind; ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2.1.2.2.2).

2.1.2.2.1. Gliedertaxe

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade.

Tarif Klassik – sofern beantragt und im Versicherungsschein vermerkt:

- ein Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %;
- ein Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %;
- eine Hand	55 %;
- ein Daumen	20 %;
- ein Zeigefinger	10 %;
- alle anderen Finger	5 %;
- ein Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %;
- ein Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %;
- ein Bein bis unterhalb des Knies	50 %;
- ein Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %;
- ein Fuß	40 %;
- eine große Zehe	5 %;
- alle anderen Zehen	2 %;
- ein Auge	50 %;
- das Gehör auf einem Ohr	30 %;
- der Geruchssinn	10 %;
- der Geschmackssinn	5 %.

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

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

2.1.2.2.2. Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.2.3. Minderung bei Vorinvalidität

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1. und Ziffer 2.1.2.2.2. zu bemessen.

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

2.1.2.2.4. Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.2.5. Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1. entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.2.3. Vereinbarung einer progressiven Invaliditätsstaffel - 225 Prozent Modell

Nur soweit vereinbart und in der Versicherungsbestätigung vermerkt, gilt folgende progressive Invaliditätsstaffel:

Führt ein Unfall, ohne Mitwirken von Krankheiten oder Gebrechen nach Ziffer 3., nach den Bemessungsgrundsätzen von Ziffer 2.1.2.2.1. bis Ziffer 2.1.2.2.4. zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die in der Versicherungsbestätigung festgelegte Invaliditätsgrundsumme;
- für den 25 Prozent, nicht aber den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die doppelte Invaliditätsgrundsumme;
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die dreifache Invaliditätsgrundsumme.

2.1.2.4. Vereinbarung einer progressiven Invaliditätsstaffel – 350 Prozent Modell

Nur soweit vereinbart und in der Versicherungsbestätigung vermerkt, gilt folgende progressive Invaliditätsstaffel:

Führt ein Unfall, ohne Mitwirken von Krankheiten oder Gebrechen nach Ziffer 3., nach den Bemessungsgrundsätzen von Ziffer 2.1.2.2.1. bis Ziffer 2.1.2.2.4. zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die in der Versicherungsbestätigung festgelegte Invaliditätsgrundsumme;

- für den 25 Prozent, nicht aber den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die dreifache Invaliditätsgrundsumme;
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die fünffache Invaliditätsgrundsumme.

2.1.2.5. Vereinbarung einer progressiven Invaliditätsstaffel – 500 Prozent Modell

Nur soweit vereinbart und in der Versicherungsbestätigung vermerkt, gilt folgende progressive Invaliditätsstaffel:

Führt ein Unfall, ohne Mitwirken von Krankheiten oder Gebrechen nach Ziffer 3., nach den Bemessungsgrundsätzen von Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die in der Versicherungsbestätigung festgelegte Invaliditätsgrundsumme;
- für den 25 Prozent, nicht aber den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die fünffache Invaliditätsgrundsumme;
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades: die siebenfache Invaliditätsgrundsumme.

2.2. Todesfalleistung

2.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Der Tod ist uns innerhalb von zehn Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7. weisen wir hin.

2.2.2. Leistung bei Verschollenheit

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunfall), § 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.

2.2.3. Art und Höhe der Leistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3. Sonstige Leistungen

2.3.1. Rooming-in-Leistung (für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr)

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1. in medizinisch notwendiger, vollständiger Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter ärztlich gewollt und genehmigt mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), zahlen wir pro Übernachtung einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 50 Euro.

Die Höchstenschädigung beträgt je Versicherungsfall maximal 1.500 Euro.

2.3.2. **Haushaltshilfe / Kinderbetreuung / Tageseltern**

Wir übernehmen die Kosten für eine Haushaltshilfe, für eine Kinderbetreuung oder für Tageseltern, sofern die Versorgung des unterhaltsberechtigten Kindes durch eine der vorstehend genannten Personen notwendig wird, und zwar wenn:

- die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalles, der unter diesen Vertrag fällt, verstorben ist oder sich in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet und wenn
- im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein im Verhältnis zur versicherten Person unterhaltsberechtigtes Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist und wenn
- eine entsprechende Leistung von anderer Seite nicht erlangt worden ist.

Wir zahlen einen pauschalen Kostenzuschuss in Höhe von 50 Euro je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens für 30 Tage je Unfallereignis.

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

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe, für eine Kinderbetreuung oder für Tageseltern nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Gleiches gilt bei versicherten Ehegatten oder dem in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

2.3.3. **Kosten für Nachhilfeunterricht für versicherte Kinder**

Kann das versicherte Kind aufgrund eines versicherten Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu maximal 750 Euro.

Die Kosten für Nachhilfeunterricht übernehmen wir für mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

2.3.4. **Behinderungsbedingte Mehraufwendungen**

Die folgenden innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 10.000 Euro, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität (Ziffer 2.1.) erforderlich sind:

- behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person;
- behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung;
- Kosten für Prothesen, Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), künstliche Organe, Organtransplantationen;
- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen;
- Anschaffung eines Blindenhundes.

Hat noch ein anderer Kostenträger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Kostenträger seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch. Eventuelle Ersatzansprüche gegenüber einem anderen Kostenträger gehen auf uns über.

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

2.3.5. **Sofortleistung bei schweren Verletzungen**

Die Sofortleistung in Höhe von 10 Prozent der Invaliditätsgrundsumme, maximal 20.000 Euro, wird bei folgenden schweren Verletzungen fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- bei einer Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- bei der Amputation einer ganzen Hand oder eines ganzen Fußes;

- bei einer Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Con-tusion) 2. oder 3. Grades;
- bei einer Verbrennung 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche;
- bei einer Erblindung oder einer hochgradigen Sehbehinderung (nicht mehr als 5 Prozent Restsehschärfe) auf beiden Augen;

oder bei einer Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder zwei Knochen):

- bei gewebezerstörenden Schäden am Herz, den Lungen, der Leber, der Milz oder den Nieren;
- beim Bruch von Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochen, beim Wirbelkörperbruch oder beim Beckenringbruch.

Wird uns das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen unver-züglich und in Textform mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verlet-zung angezeigt, wird geleistet.

Die Sofortleistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1. angerechnet.

2.3.6. Mitversicherung von Bergungskosten

Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erset-zen wir bis zur Höhe von 10.000 Euro die Kosten für:

- die Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrecht-lich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
- den Transport in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizi-nisch notwendig und ärztlich angeordnet;
- den Mehraufwand bei der Rückkehr zum ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.

Hat die versicherte Person für Kosten nach Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätzen von öf-fentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicher-weise Gebühren berechnet werden, einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein sol-cher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, sind wir ebenfalls ersatzpflichtig.

Soweit ein anderer Kostenträger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Kostenträger seine Lei-stungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können mitversi-cherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.3.7. Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz

Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild dauernd be-einträchtigt ist und entschließt sie sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseiti-gung dieses Mangels zu unterziehen, so übernehmen wir:

- die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und
- sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie
- die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik und ebenso

- den Ersatz für Zahnarzt-, Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, soweit natürliche Schneide- (Zahnformel 11, 12, 21, 22, 31, 32, 41, 42) und/ oder Eckzähne (Zahnformel 13, 23, 33, 43) beschädigt wurden

bis zur Höhe von 20.000 Euro.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

2.3.8. Kurkostenbeihilfe

Wir zahlen nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1. den Betrag von 7.000 Euro, wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat.

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

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

2.3.9. Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach Ziffer 3., nach den Bemessungsgrundsätzen gemäß Ziffer 2.1.2.2.1. und 2.1.2.2.2. zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 154.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Diese Regelungen gelten nur für Verträge ohne Progression.

2.3.10. Therapie- und Druckkammerkosten nach Tauchunfällen

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II erstatten wir die Therapiekosten einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

Die Kostenübernahme erfolgt maximal bis zu 10.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt.

Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig erstattet bis zu einer Höhe von 10.000 Euro.

2.3.11. Vorsorgedeckung für Neugeborene

Während der Wirksamkeit des Vertrages sind leibliche und adoptierte Kinder, ab dem Zeitpunkt der Geburt bzw. der Adoption gerechnet, für zwölf Monate mit den nachfolgenden Leistungen nach Ziffer 2.1. und 2.2. mitversichert:

- eine Invaliditätsgrundsumme ohne Progression in Höhe von 40.000 Euro;

- eine Todesfallsumme in Höhe von 3.000 Euro.

2.3.12. Wichtiger Hinweis zu vorgenannten Ziffer 2.3.1 bis 2.3.11

Die in dieser Zusatzbedingung für die Unfallversicherung genannten Höchstleistungsbeträge nehmen an einer ggf. vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (dynamische Anpassung) nicht teil.

2.3.13. Erneuerungs-/ Verbesserungsklausel

Werden die dieser Unfallversicherung zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen in der gewählten Tarifstruktur ausschließlich zum Vorteil der versicherten Person und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die Inhalte der neuen Versicherungsbedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

2.3.14. Garantie GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechter stellen als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Leistungsinhalte (GDV-Empfehlung auf Basis AUB 2020).

2.3.15. Zuständigkeit bei Wechsel des Versicherungsunternehmens

Haben Sie das Versicherungsunternehmen gewechselt und können bei einem Schaden nicht nachweisen, zu welchem genauen Zeitpunkt der Schaden eingetreten ist und welches Versicherungsunternehmen für die Versicherungsleistung zuständig ist, können Sie sich an uns wenden. Sofern der Versicherungsschutz seit Ende des Vorversicherungsvertrages bis zum Beginn unseres Vertrages ununterbrochen bestanden hat, gilt, dass bei unklarer Zuständigkeit hinsichtlich des zu bestimmenden Schadenzeitpunktes eine Schadenbearbeitung durch uns nicht abgelehnt wird.

Sollte sich während unserer Schadenbearbeitung herausstellen, dass nach unseren bisherigen Feststellungen der Vorversicherer einzutreten hat, dieser sich jedoch für nicht zuständig erklärt, so treten wir für diesen in Vorleistung.

Sofern sich herausstellt, dass der Vorversicherer die Leistung aus anderen Gründen verweigert oder hätte kürzen dürfen, so müssen Sie bei uns ebenfalls mit einer Leistungsverweigerung oder einer Rückforderung rechnen.

Wir übernehmen den Schaden bei nicht klärbarer Zuständigkeit, wenn dieser sowohl bei uns als auch bei dem Vorversicherer gedeckt ist bzw. war.

2.4. Übergangsleistungen

2.4.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag angerechnet und - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen - noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.4.2. Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.5. Tagegeld

2.5.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung.

2.5.2. Höhe und Dauer der Leistung

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag angerechnet, gezahlt.

2.6. Krankenhaus-Tagegeld

2.6.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.6.2. Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag angerechnet.

2.7. Genesungsgeld

2.7.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer. 2.6.

2.7.2. Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

3.1. Mitwirkung

Wir leisten für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich:

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades;
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

3.2. Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Der Mitwirkungsverzicht in Höhe von 50 Prozent gilt nicht für Personen, die an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten leiden:

- Multiple Sklerose
- Parkinson,
- Glasknochenkrankheit,

- Psychische Krankheiten und Demenz

Für die betroffenen Personen gilt eine generelle Anrechnung der Mitwirkung von 100 Prozent.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle infolge von

4.1.1. Geistes- und Bewusstseinsstörungen

Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sind nicht versichert.

Eine Geistes- oder 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 Geistes- oder Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung;
- der Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn die Geistes- oder Bewusstseinsstörung verursacht wurde durch:

- ein Unfallereignis nach Ziffer 1., für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht;
- einen Herzinfarkt oder ein Schlaganfall - wobei Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden, ausgeschlossen bleiben;
- einen epileptischen Anfall oder Krampfanfall;
- Alkoholkonsum - beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,1 Promille beträgt;
- die Einnahme von Medikamenten;
- die ungewollte Einnahme von sogenannten „K.O.-Tropfen“ (Benzodiazepine oder Gamma-Hydroxy-Buttersäure), soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde;
- Herz-Kreislauf-Störungen, die den ganzen Körper betreffen;
- Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen, Schlafwandeln und Erschrecken.

4.1.2. Straftaten

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

4.1.3. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

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

Ausnahmen:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen, ohne dass sie zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (passives Kriegsrisiko).

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Es besteht in diesem Zusammenhang allerdings weiterhin kein Versicherungsschutz:

- für Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht;
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen,
- bei einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den USA.
- für Unfälle, wenn sich die versicherte Person nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
- für Unfälle, wenn sich die versicherte Person wegen ihrer Berufsausübung (z. B. als Journalist oder als Kameramann) in Erwartung eines eventuellen Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
- Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegseignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

Mitversichert sind jedoch Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.

Des Weiteren sind Unfälle bei Inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen mitversichert, wenn die versicherte Person an Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn die versicherte Person zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf Seiten der Unruhestifter.

4.1.4. Luftfahrt und -sport

Unfälle der versicherten Person bei der Nutzung von Luftfahrzeugen

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird;
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen

sind nicht versichert.

Ausnahme:

- Kitesurfen gilt nicht als Führen von Luftfahrzeugen und ist daher mitversichert.

4.1.5. Rennveranstaltungen

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Rennreiter sowie Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Rennveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsrennen beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt, sind nicht versichert.

Ausnahmen:

Versicherungsschutz besteht jedoch für 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;

- lizenzfreien Motorsportveranstaltungen, soweit diese Fahrten Freizeitcharakter aufweisen, nicht von Verbänden organisiert sind und mit Karts durchgeführt werden. Versicherungsschutz besteht dabei auf Indoor-, Outdoor- und Crosskart-Anlagen.

4.1.6. Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind, sind nicht versichert.

4.2. Gesundheitsschäden

Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

4.2.1. Bandscheiben und Blutungen

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen sind nicht versichert.

Ausnahme:

- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die Ursache ist.

4.2.2. Strahlen

Gesundheitsschäden durch Strahlen sind nicht versichert.

Ausnahmen:

- Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen durch Laser- oder Maserstrahlen sowie durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von 100 Elektronen-Volt oder mehr.
- Für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sind Gesundheitsschädigung durch Röntgenstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert, die sich als Unfälle im Sinne von Ziffer 1.3. darstellen.

4.2.3. Eingriffe durch Heilmaßnahmen

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Ausnahme:

- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen Unfall im Sinne von Ziffer 1.3. veranlasst waren.

4.2.4. Infektionen

Gesundheitsschäden durch Infektionen sind nicht mitversichert.

Ausnahmen:

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Infektion der versicherten Person

- mit Tollwut und Wundstarrkrampf;
- mit FSME, Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest, Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffer-Drüsenfieber, Pocken, Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Lepra, Typhus oder Paratyphus unter den Voraussetzungen nach Ziffer 1.3. durch:
 - eine Verletzung der Haut oder Schleimhäute, wobei zumindest die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
 - ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen über das Auge, den Mund, die Nase oder das Ohr in den Körper oder

- durch eine Schutzimpfung gegen die vorgenannten versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet;
 - bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen in den Körper gelangten;
 - bei sonstigen Folgen von Insektenstichen unter den Voraussetzungen nach Ziffer 1.3.;
- Beispiel: Eine sonstige Folge ist eine allergische Reaktion auf den Stich.
- die eine aus einem Unfall folgende Wundinfektion nach Ziffer 1.3. darstellt;
 - nach Heilmaßnahmen oder Eingriffen unter den Voraussetzungen nach Ziffer 1.3.

4.2.5. Vergiftungen

Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang durch die Speiseröhre) sind nicht versichert.

Ausnahmen:

Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen;
- das fehlerhafte Verschlucken und Erbrechen von Nahrungsmitteln, wenn die Ursache des Erbrechens nicht an einem krankhaften inneren Körpervorgang gelegen hat.

4.2.6. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

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

Ausnahme:

- Versicherungsschutz besteht jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen versicherten Unfall eintreten, 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.

4.3. Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar sind Personen, die bei Antrag der Versicherung das 70. Lebensjahr vollendet haben. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die für dauernd in Pflegegrad 3, 4 oder 5 (nach dem SGB 11 Stand 1.1.2017) eingestuft wurden.

4.3.1. Regelung für Personen mit anerkanntem Pflegegrad

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.3 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese die Versicherung.

Die für pflegebedürftige Personen im Sinne der Ziffer 4.3. seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beiträge werden rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung, maximal für die letzten drei Jahre zurückerstattet.

5. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif, bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, bei Vollendung des 67. Lebensjahr und Vollendung des 80. Lebensjahres beachten?

5.1. Umstellung des Kinder-Tarifs

5.1.1. Tarifumstellung

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene.

Sie haben jedoch 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.

5.1.2. Mitteilung des Wahlrechtes

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

5.2. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Gefahrengruppenverzeichnis.

5.2.1. Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen.

Ausnahmen:

- Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste müssen nicht mitgeteilt werden.

Beispiel: Ein befristeter freiwilliger sozialer Dienst ist der Bundesfreiwilligendienst.

- Ergeben sich im Rahmen der Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für die laut Tarif ein höherer Beitrag zu zahlen wäre, müssen diese nicht mitgeteilt werden, wenn die Sondergefahren vorübergehender oder kurzfristiger Natur sind.

Beispiel: Sie sind Bürokaufmann und arbeiten grundsätzlich am Bildschirm, müssen aber aufgrund Krankheit von Kollegen für drei Tage im Lager aushelfen.

- Eine Mitteilung ist nicht notwendig, wenn die gefahrerhöhende Tätigkeit zwar in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

Beispiel: Sie sind Telefonist, müssen aber jede Woche zwei Stunden Tätigkeiten als Hausmeister wahrnehmen.

Die vereinbarten Versicherungssummen behalten ihre Gültigkeit auch, wenn die gefahrerhöhende Tätigkeit längerer Natur ist und einen höheren Beitrag erfordert. Der höhere Beitrag ist nach Ablauf eines Monats – von Beginn der Aufnahme der gefahrerhöhenden Tätigkeit an gerechnet – zu berechnen.

Wird eine Einigung über den höheren Beitrag nicht erzielt, bleibt es bei der vorgesehenen Regelung nach Ziffer 5.1.2.

5.2.2. Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag, nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif, niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

5.3. Vollendung des 67. Lebensjahres

5.3.1. Tarifumstellung

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die Vollendung des 67. Lebensjahres eintritt, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab dem 67. Lebensjahr. Vereinbarte Progressionen, eine vereinbarte dynamische Anpassung nach Ziffer 15 sowie ein vereinbarter Zusatzbaustein nach Ziffer 6.8 der versicherten Leistungen entfällt mit der Vollendung des 67. Lebensjahres ebenfalls.

Sie haben jedoch 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.

5.3.2. Mitteilung des Wahlrechtes

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

5.4. Vollendung des 80. Lebensjahres

5.4.1. Tarifumstellung

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die Vollendung des 80. Lebensjahres eintritt, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab dem 80. Lebensjahr.

Sie haben jedoch 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.

5.4.2. Mitteilung des Wahlrechtes

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

Zusätzliche Leistungserweiterungen für den Tarif Top

Falls ausdrücklich im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen der Tarif Unfallversicherung Top vereinbart ist, gelten nachfolgende Bestimmungen zusätzlich zu den Leistungsarten in Ziffer 2 ff (Produktlinie Klassik).

Soweit keine abweichenden Regelungen enthalten, finden auch auf die in Ziffer 6 ff geregelten Leistungen alle anderen Vertragsbestimmungen Anwendung (z. B. Ausschlüsse (Ziffer 4 ff), Obliegenheiten (Ziffer 7 ff), Besondere Tarifbestimmungen zur privaten Unfallversicherung (Ziffer 13- 17) oder Weitere Bestimmungen (Ziffer 18 ff)).

6. Leistungserweiterung Tarif Top

6.1. Gliedertaxe

In Ergänzung zu Ziffer 2.1.2.2.1 gilt für den Tarif folgendes vereinbart.

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade.

Tarif Top - sofern beantragt und im Versicherungsschein vermerkt:

- ein Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %;
- ein Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %;
- eine Hand	75 %;
- ein Daumen	30 %;
- ein Zeigefinger	20 %;
- alle anderen Finger	20 %;
- ein Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %;
- ein Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %;
- ein Bein bis unterhalb des Knies	65 %;
- ein Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %;
- ein Fuß	60 %;
- eine große Zehe	15 %;
- alle anderen Zehen	5 %;
- ein Auge	60 %;
- das Gehör auf einem Ohr	45 %;
- der Geruchssinn	20 %;
- der Geschmackssinn	20 %.

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

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

6.2. Kosten für Nachhilfeunterricht für versicherte Kinder

In Ergänzung zu Ziffer 2.3.3 gilt eine Höchstentschädigung in Höhe von 1.000 Euro.

6.3. Mitversicherung von Bergungskosten

In Ergänzung zu Ziffer 2.3.6 gilt eine Höchstentschädigung in Höhe von 50.000 Euro.

6.4. Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz

In Ergänzung zu Ziffer 2.3.6 gilt eine Höchstentschädigung in Höhe von 50.000 Euro.

6.5. Kurkostenbeihilfe

In Ergänzung zu Ziffer 2.3.8 gilt eine Höchstentschädigung in Höhe von 10.000 Euro.

6.6. Therapie- und Druckammerkosten nach Tauchunfällen

In Ergänzung zu Ziffer 2.3.10 gilt eine Höchstentschädigung in Höhe von 15.000 Euro.

6.7. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

In Ergänzung zu Ziffer 3.13.2 gilt:

Wir leisten für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich:

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades;
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 60 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

6.8. Optionale Zusatzleistungen - Krebserkrankung

Soweit im Versicherungsschein vereinbart, gilt ein Zusatzbaustein Krebserkrankung als versichert.

6.8.1. Art und Höhe der Leistung

Eine Sofortleistung wird in Höhe von 5.000 Euro fällig, wenn bei der versicherten Person eine der folgenden schweren Krebserkrankungen (bösartiger Tumor) diagnostiziert wird:

- Brustkrebs
- Hodenkrebs
- Gehirntumor
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs
- Prostatakrebs

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Ein Attest über die Feststellung der Erkrankung mit Angabe der Diagnose ist uns spätestens 6 Monate nach ärztlicher Feststellung der Diagnose vorzulegen. Wird die Frist nicht eingehalten oder sollte die versicherte Person versterben, bevor der Anspruch auf die Krebs-Soforthilfe geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf die Auszahlung der Leistung.

6.8.2. Kosmetische Operation infolge Brustkrebs

6.8.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrags erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation mit mindestens einer Entfernung der kompletten Brustdrüse unterziehen.

Die krebsbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

6.8.2.2. Höhe der Leistung

Sofern die Voraussetzungen nach Ziffer 6.8.1 und 6.8.3 erfüllt sind leisten wir für

- Nachgewiesene Arzthonorare,
- Operationskosten,
- Notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus,

soweit diese durch die kosmetische oder plastische Operation verursacht sind.

Die Leistung ist auf insgesamt 10.000 Euro begrenzt.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten bezahlt. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

6.8.3. Gültigkeit und Dauer des optionalen Zusatzbausteins Krebserkrankung

Sie und wir können die Vereinbarung über den optionalen Zusatzbaustein Krebserkrankung für die restliche Vertragsdauer kündigen. Die Kündigung muss schriftlich, spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des Versicherungsjahres bei uns zugegangen sein. Zusätzlich sind die Leistungen aus dem optionalen Zusatzbaustein Krebserkrankungen bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres versichert. Danach erlischt der Versicherungsschutz, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum Ablauf des Versicherungsjahres.

6.9. Wichtiger Hinweis zu vorgenannten Ziffer 6.2 bis 6.8

Die in dieser Zusatzbedingung für die Unfallversicherung genannten Höchstleistungsbeträge nehmen an einer ggf. vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (dynamische Anpassung) nicht teil.

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2. geregelt.

7.1. Pflicht zur Untersuchung

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

Ausnahmen:

- Es ist keine Obliegenheitsverletzung, wenn die Unfallfolgen geringfügig erscheinen und die versicherte Person erst dann den Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- Bei unbeabsichtigter verspäteter Anmeldung von Unfällen berufen wir uns nicht auf diese Obliegenheitsverletzung.

7.2. Auskunftspflicht

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden.

Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3. Anerkennung eines Pflegegrad

Die Anerkennung eines Pflegegrads und den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

7.4. Ärzteauswahl

Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.

Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.

7.5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7.6. Unfall mit Todesfolge

Hat der Unfall den Tod der versicherten Person zur Folge, ist uns dies innerhalb von zehn Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Frist beginnt erst, wenn Sie, ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7. vorsätzlich verletzt, verliert die versicherte Person ihren Versicherungsschutz.

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

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie oder die versicherte Person 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.

Ausnahme:

- Das gilt nicht, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

9.1. Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen und
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2. Fälligkeit der Leistung

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

9.3. Vorschüsse

Steht unsere Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4. Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der erstmaligen 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 längstens bis zu vier Jahre und uns längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist für Sie auf fünf Jahre.

Dieses Recht muss von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1. ausgeübt werden. Von Ihnen kann dieses Recht vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag ab dem Datum unserer ersten Leistung mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem in der Versicherungsbestätigung angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2. zahlen.

10.2. Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen. Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3. Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Kalenderjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4. Kündigung bei Eintritt einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit

Wird bei einer versicherten Person eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 61a Sozialgesetzbuch XII festgestellt, wird der Vertrag rückwirkend zum Eintritt der Pflegebedürftigkeit für die betroffene Person aufgehoben und der Beitrag maximal für drei Jahre erstattet. Als Nachweis übersenden Sie uns bitte eine Kopie des Leistungsbescheids.

10.5. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist.

Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Für die Zeit des Ruhens besteht kein Versicherungsschutz und es sind keine Beiträge zu entrichten.

Der Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten und was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1. Beitrag und Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

Wird der Beitrag durch eine andere Person bezahlt, so gelten die nachfolgenden Regelungen auch für diese.

11.2. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag

11.2.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

11.2.2. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.

Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.3. Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

11.3.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

11.3.2. Verzug

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

Wir werden Sie, auf Ihre Kosten, in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 10.3.3. und 10.3.4. mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

11.3.3. Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2. darauf hingewiesen haben.

11.3.4. Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2. darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Bei der Einziehung des Beitrags von einem Konto 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.

11.5. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

11.6. Todesfall im Kinder-Tarif

11.6.1. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

Die Versicherung wird mit den zum Zeitpunkt des Todes geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Kalenderjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Die Regelung findet auch Anwendung, wenn:

- der Ehegatte,
- der Lebensgefährte, der leiblicher Elternteil des Kindes ist,

gestorben ist.

Voraussetzung ist, dass diese Person zum Zeitpunkt des Todes gesetzlich unterhaltspflichtig ist und das betroffene Kind das 18. Lebensjahr nicht überschritten hat.

11.6.2. Übernahme des Vertrages

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Vertragspartner, wenn nichts anderes vereinbart ist.

12. Was geschieht, wenn sich der Beitrag erhöht?

12.1. Beitragsanpassung durch Sie

Der Beitrag kann sich erhöhen, wenn Sie eine Vertragsänderung veranlassen.

Beispiele: Sie erhöhen die Versicherungssumme oder wechseln Ihre berufliche Tätigkeit.

12.2. Beitragsanpassung durch uns

Der Beitrag kann sich erhöhen, wenn dies zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbart wird.

Über eine Beitragserhöhung informieren wir Sie rechtzeitig, bevor diese wirksam wird. Sie haben ein Sonderkündigungsrecht, über welches wir Sie aufklären werden.

12.3. Beitragsanpassung durch Andere

Der Beitrag kann sich durch Umstände erhöhen, auf die wir keinen Einfluss nehmen können. Wir werden Sie über diese Umstände rechtzeitig informieren. Sie haben in diesen Fällen jedoch kein Sonderkündigungsrecht.

Beispiel: Der Gesetzgeber erhöht die Versicherungssteuer.

Besondere Tarifbestimmungen zur privaten Unfallversicherung

13. Gesundheitsprüfung

Wir verzichten bei Antragstellung auf eine Gesundheitsprüfung. Bei Personen, mit bestimmten Vorerkrankungen wird die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen auf 100 % angehoben. Bedingungsgemäß ist folgendes bei Abschluss vereinbart:

Der Mitwirkungsverzicht in Höhe von 50 % im Tarif Klassik und 60 % im Tarif Top gilt nicht für Personen, die an einer oder mehrerer folgender Krankheiten leiden:

- Multiple Sklerose
- Parkinson,
- Glasknochenkrankheit,
- Psychische Krankheiten und Demenz

Für die betroffenen Personen gilt gemäß Ziffer 3.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen die Anrechnung von Krankheiten und Gebrechen ab einem Mitwirkungsanteil von 100 %.

14. Dauernd Pflegebedürftige

Nicht versicherbar sind dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens im höheren Maß auf Hilfe angewiesen ist und eine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 61a Sozialgesetzbuch XII festgestellt ist. Anhaltspunkt für das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Annahmerichtlinien ist die Einstufung in den Pflegegrad 3.

15. Dynamische Anpassung

Die Versicherung mit Summenzuwachs um jeweils 3 Prozent oder 5 Prozent (Dynamik) ist bei allen Tarifen möglich, sofern die jeweilige Höchstversicherungssumme nicht erreicht ist.

Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle Tausend Euro
- für die Übergangsleistung auf volle Hundert Euro
- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle Euro.

Wenn infolge der dynamischen Anpassung eine der Höchstversicherungssummen in der entsprechenden Leistungsart (z. B. Invalidität, Krankenhaustagegeld, Todesfallsumme) erreicht wird, erfolgt für diese Leistungsart keine weitere dynamische Anpassung.

Des Weiteren erfolgt keine dynamische Anpassung für den Vertrag, wenn der Versicherungsnehmer in 3 aufeinanderfolgenden Jahren der dynamischen Anpassung widersprochen hat. Nach dem 3. Jahr erfolgt dann ein automatischer Ausschluss der Dynamik.

Keine weiter dynamisch Anpassung erfolgt ebenfalls, wenn der Versicherungsnehmer/versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

16. Berufsgruppen

Die Einstufung erfolgt nach dem aktuell ausgeübten Beruf. Übt eine zu versichernde Person mehrere Berufe aus, wird die Tarifierung nach dem Beruf der höheren Berufsgruppe vorgenommen. Personen, die sich in der Ausbildung befinden, werden nach dem Ausbildungsberuf eingestuft.

16.1. Nicht versicherbare Berufe

Nicht versicherbar sind:

- Artisten, Tiertrainer/Tierbändiger, Stuntman;
 - Berufs-/Profisportler, die durch den Sport ihren Lebensunterhalt bestreiten und ihn zeitgemäß wie einen Beruf ausüben;
 - Berufstaucher und Tauchlehrer;
 - Kampfmittelräumdienst, Sprengpersonal, Munitionssucher;
 - Offshore-Personal, sowie Schiffsbesatzungen;
 - Pyrotechniker, Feuerwerker;
 - Skilehrer;
 - Schausteller;
 - Spezialeinheiten bei der Polizei (SEK, MEK, GSG);
 - Testfahrer;
 - Untertagetätige, Bergleute, Erzaufbereiter;
- sowie sonstige Berufe mit erheblicher Gefahrerhöhung.

17. Höchstversicherungssummen

Invalidität	1.050.000 Euro
Invalidität mit 225 % Progression	350.000 Euro
Invalidität mit 350 % Progression	300.000 Euro
Invalidität mit 500 % Progression	200.000 Euro
Übergangsleistung	30.000 Euro
Tod	100.000 Euro
Tod (bei Kindern)	20.000 Euro
Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld	50 Euro

Werden mehrere Unfallversicherungen für die zu versichernde/n Person/en beantragt oder zusätzlich zu bereits bestehenden Unfallversicherungen beantragt, dürfen die obigen Höchstversicherungssummen nicht überschritten werden.

Gleiches gilt, wenn für die zu versichernden Personen weitere Unfallversicherungen bei dritten Gesellschaften bestehen und die MVK Unfallversicherung zusätzlich abgeschlossen wird.

Weitere Bestimmungen

18. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

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

18.1. Vertragsabschluss

Der Vertrag kommt nur auf Antrag und mit Zustimmung des Versicherers zustande.

18.2. Fremdversicherung

Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einer anderen Person zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

18.3. Rechtsnachfolger und sonstiger Anspruchsteller

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

18.4. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne textliche Zustimmung der Medien-Versicherung a.G. weder übertragen noch verpfändet werden.

19. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

19.1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerhebliche Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss, den Vertrag überhaupt oder mit dem versicherten Inhalt zu schließen.

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 versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

19.2. Folgen der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

19.2.1. Rücktritt

19.2.1.1. Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht Ihnen gegenüber innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

19.2.1.2. Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

19.2.1.3. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der, bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung, abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

19.2.2. Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

19.2.2.1. Ausschluss des Kündigungsrechts

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

19.2.3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab dem laufenden Kalenderhalbjahr Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

19.2.3.1. Ausschluss des Vertragsveränderungsrechts

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

19.2.3.2. Folgen des Vertragsveränderungsrechts

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

19.2.4. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

20. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

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

21. Welches Gericht ist zuständig?

21.1. Klage des Versicherungsnehmers

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz.

Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

21.2. Klage des Versicherers

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

22. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

22.1. Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

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

22.2. Adresse des Versicherers

Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an den Sitz der Medien-Versicherung a.G. gerichtet werden oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

23. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.