

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung be happy zur Folgekostenversicherung medassure beauty (Stand 02.2024)

Risikoträger:

Dialog Versicherung AG
Adenauerring 9
81737 München

Hinweise zum Aufbau und zur Anwendung

Teil A enthält Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes

Teil B enthält Regelungen über allgemeine Rechte und Pflichten der Vertragsparteien

- Abschnitt B-1 regelt Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- Abschnitt B-2 regelt die Beitragszahlung
- Abschnitt B-3 und B-9 regelt Ihre Obliegenheiten und weitere Bestimmungen

Teil C enthält Erklärungen und Anzeigen sowie die Anschriftenänderung

Inhaltsverzeichnis

Teil A.....	6
A-1. Gegenstand der Versicherung.....	6
A-1.1. Was ist versichert?.....	6
A-1.2. Wo besteht Versicherungsschutz?.....	6
A-1.3. Unfallbegriff.....	6
A-1.4. Erhöhte Kraftanstrengungen.....	6
A-1.5. Erweiterungen des Unfallbegriffs.....	6
A-1.6. Infektionen.....	7
A-2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen.....	8
A-2.1. Welche Leistungsarten können prämienpflichtig vereinbart werden?.....	8
A-2.1.1. Invaliditätsleistung.....	8
A-2.1.1.1. Voraussetzungen für die Leistung.....	8
A-2.1.1.2. Art und Höhe der Leistung.....	8
A-2.1.1.3. Tod der versicherten Person nach dem Unfall.....	10
A-2.1.1.4. Progressionsmodell.....	10
A-2.1.2. Unfall-Krankenhaustagegeld.....	12
A-2.1.2.1. Voraussetzungen für die Leistung.....	12
A-2.1.2.2. Höhe der Leistung.....	12
A-2.1.2.3. Beginn und Dauer der Leistung.....	12
A-2.1.3. Unfall-Todesfallleistung.....	12
A-2.1.3.1. Voraussetzungen für die Leistung.....	12
A-2.1.3.2. Höhe der Leistung.....	12
A-2.2. Versicherte prämienfreie Leistungen.....	12
A-2.2.1. Such-, Bergungs- und Rettungskosten.....	13
A-2.2.2. Krankentransporte und Flugrückholungen.....	13
A-2.2.3. Behandlungskosten bei Tauchunfällen.....	13
A-2.2.4. Bestattungs- und Überführungskosten.....	13
A-2.2.5. Kosmetische Operationen.....	14
A-2.2.6. Kur- und Rehabilitationskosten.....	14
A-2.2.7. Umschulungsmaßnahmen.....	14
A-2.2.8. Psychologische Betreuung.....	15
A-2.2.9. Haushaltshilfe und Kinderbetreuung.....	15
A-2.2.10. Versorgung von Haustieren.....	15
A-2.2.11. Sofortleistung bei schweren Unfallverletzungen.....	16
A-2.2.12. Kapitalleistung bei schweren Verbrennungen.....	16
A-2.2.13. Unfallvorsorge.....	16
A-3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?.....	17
A-4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	17
A-4.1. Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.....	17
A-4.2. Straftaten.....	17
A-4.3. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse.....	18

A-4.4. Luft- und Raumfahrtrisiken	18
A-4.5. Motorfahrzeuge	18
A-4.6. Strahlenschäden	18
A-4.7. Schäden an Bandscheiben, inneren Organen und Gehirn	18
A-4.8. Heilmaßnahmen	18
A-4.9. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen	19
A-5. Der Leistungsfall	19
A-5.1. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	19
A-5.2. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	20
A-5.3. Wann sind die Leistungen fällig?	20
Teil B	21
B-1 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	21
B-1.1. Beginn des Versicherungsschutzes	21
B-1.2. Dauer und Ende des Vertrages	21
B-1.3. Kündigung nach Versicherungsfall	21
B-1.4. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen	21
B-1.5. Versicherungsjahr	21
B-2. Versicherungsprämie	21
B-2.1. Prämienzahlung	21
B-2.2. Versicherungssteuer	21
B-2.3. Fälligkeit der Zahlung	21
B-2.4. Rechtzeitigkeit der Zahlung	22
B-2.4.1. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes	22
B-2.4.2. Rücktritt	22
B-2.4.3. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung	22
B-2.5. Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	22
B-3. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	22
B-4. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	22
B-4.1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände	22
B-4.2. Rücktritt	23
B-4.2.1. Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts	23
B-4.2.2. Ausschluss des Rücktrittsrechts	23
B-4.2.3. Folgen des Rücktritts	23
B-5. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung	24
B-5.1. Kündigung	24
B-5.2. Rückwirkende Vertragsanpassung	24
B-5.3. Anfechtung	24
B-6. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	24
B-7. Welches Gericht ist zuständig?	25
B-8. Sanktionsklausel	25

B-9. Welches Recht findet Anwendung?	25
Teil C	26
C-1 Was ist bei Mitteilung an den Versicherer zu beachten?	26
C-2 Was gilt bei Änderung der Anschrift?	26

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung be happy zur Folgekostenversicherung medassure beauty (Stand 02.2024)

Teil A

A-1. Gegenstand der Versicherung

A-1.1. Was ist versichert?

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

A-1.2. Wo besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt (24-Stunden-Deckung).

A-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. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich einer kosmetischen oder einer zahnmedizinischen Behandlung unterzieht und hieraus unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

A-1.4. Erhöhte Kraftanstrengungen

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- a) Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln, Menisken oder Knorpel gezerrt oder zerrissen werden oder
- b) Schädigungen an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule eintreten oder
- c) Bauch- oder Unterleibsbrüche verursacht werden.

Ausgenommen hiervon sind Schädigungen an Bandscheiben.

A-1.5. Erweiterungen des Unfallbegriffs

Als Unfall gilt/gelten auch:

- a) das bewusste in Kauf nehmen von Gesundheitsschäden, sofern die versicherte Person diese infolge rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erlitten hat.
- b) plötzlich von außen auf den Körper wirkende mechanische, chemische, thermische oder elektrische Schädigungen sowie Schall-, Explosions- und sonstige Druckwellen.
- c) wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen oder Einwirkungen durch unabwendbare Umstände über einen Zeitraum von 120 Stunden ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

- d) das Erleiden eines Sonnenbrandes oder eines Sonnenstichs.
- e) Gesundheitsschädigungen oder der Tod durch den Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff. Dies gilt jedoch nicht, wenn Verdursten, Verhungern oder der Sauerstoffentzug auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln vom Körper verweigert wird.
- f) das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug. Bei den hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen wird auf die Anrechnung einer eventuellen Mitwirkung gemäß Ziffer A-3. verzichtet.
- g) Gesundheitsschäden durch allergische Reaktionen,
 - die infolge von Unfallverletzungen verursacht wurden. Dies beinhaltet auch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen sowie Tierbisse oder –stiche.
 - die infolge von unfallbedingten Heilmaßnahmen verursacht wurden.
- h) Gesundheitsschäden infolge der Aufnahme von Nahrung oder sonstiger Stoffe durch den Schlund. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn es dadurch zu Vergiftungen oder allergischen Reaktionen kommt.
- i) Gesundheitsschäden infolge von Erfrierungen sowie der Erfrierungstod.
- j) Gesundheitsschäden infolge von nicht medizinisch indizierten Behandlungen und Operationen. Mitversichert sind Maßnahmen zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen bei einer Unzufriedenheit mit dem ästhetischen Ergebnis nach einer medizinisch nicht indizierten Behandlung oder Operation. Der Kostenersatz der durchgeführten Maßnahmen ist insgesamt auf maximal 2.000 EUR begrenzt. Für die Anspruchserhebung muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten ab dem Zeitpunkt der versicherten Behandlung alle vom Versicherer geforderten Unterlagen sowie einen Kostenvoranschlag einreichen. Nach Zusendung der Kostenübernahmebestätigung durch den Versicherer muss die ästhetische Korrekturbehandlung innerhalb von 6 Monaten durchgeführt werden.
- k) der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.
- l) tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen. Darüber hinaus sind die Kosten für Dekompressionskammerbehandlungen gemäß Ziffer A-2.2.3. mitversichert.

Die unter Ziffer A-1.5. b) bis l) genannten Unfälle sind nur versichert, sofern die versicherte Person die Gesundheitsschädigungen unfreiwillig erlitten hat.

A-1.6. Infektionen

Im Rahmen der Invaliditätsleistung gemäß Ziffer A-2.1.1. gilt die erstmalige ärztliche Diagnose von Infektionen bzw. Infektionskrankheiten als Unfall:

- a) Infektionen und Infektionskrankheiten, die durch einen Unfall gemäß Ziffer A-1.3. entstanden sind. Dazu zählen insbesondere auch Infektionen durch Insektenstiche und -bisse oder durch sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen (z. B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckenfieber, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Pest und Tollwut) sowie Infektionen durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen durch in den menschlichen Körper eingetragene Giftstoffe (Toxine).

- b) Infektionen bzw. Infektionskrankheiten, die in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit der versicherten Person entstanden sind und aus deren Krankheitsgeschichte, Befund oder Natur hervorgeht, dass durch das Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase

Krankheitserreger in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase gelangen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Substanzen (z. B. Bakterien, Viren, Chemikalien) allmählich zustande kommen und/oder Berufskrankheiten sind sowie Erkrankungen an AIDS und Influenza.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die erstmalige ärztliche Diagnose der Erkrankung frühestens 3 Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheins stattfindet.

A-2. Prämienpflichtige und -freie Leistungen

A-2.1. Welche Leistungsarten können prämienpflichtig vereinbart werden?

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

A-2.1.1. Invaliditätsleistung

Versicherungsschutz für eine Invaliditätsleistung besteht, sofern die Leistungsart im Versicherungsschein aufgeführt ist.

A-2.1.1.1. Voraussetzungen für die Leistung

- a) Infolge eines Unfalles muss eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person eingetreten sein (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- b) Die Invalidität muss innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein.
- c) Die Invalidität muss innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt werden.
- d) Die Invalidität muss innerhalb der Vertragslaufzeit nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

A-2.1.1.2. Art und Höhe der Leistung

- a) Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalleistung gezahlt.
- b) Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die vereinbarte Versicherungssumme und der unfallbedingte Invaliditätsgrad.
- c) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, Organe oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die in der vereinbarten Gliedertaxenvariante festgelegten, in Prozentsätzen angegebenen Invaliditätsgrade. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Körperteile, Organe & Sinnesorgane	Gliedertaxe
beide Augen	100 %
beide Nieren	100 %
eine Niere, sofern die andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	75 %
Gehör beider Ohren	70 %
Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Stimme	60 %
Hand	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
ein Auge	50 %
ein Auge, sofern das andere bereits verloren oder völlig funktionsunfähig war	50 %
sämtliche Finger einer Hand maximal	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50 %
Fuß	45 %
Gehör eines Ohres	35 %
Gehör eines Ohres, sofern das des anderen bereits vollständig verloren war	35 %
Daumen	25 %
eine Niere	25 %
Milz bei Kindern vor Voll-endung des 14. Lebens-jahres	20 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Zeigefinger	10 %
Milz	10 %
große Zehe	8 %
anderer Finger	5 %
andere Zehe	5 %
Gallenblase	0 %
Magen	0 %
Dünndarm	0 %
Dickdarm	0 %
ein Lungenflügel	0 %
Leber	0 %
Bauchspeicheldrüse	0 %

- d) Bei allen nicht in der Gliedertaxe genannten Körperteilen, Organen und Sinnesorganen, bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- e) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
- f) 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.

A-2.1.1.3. Tod der versicherten Person nach dem Unfall

Stirbt die versicherte Person

- a) unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- b) nachdem ein Anspruch auf Invaliditätsleistung aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder unabhängig von der Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall entstanden war, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

A-2.1.1.4. Progressionsmodell

Im Grundmodell entspricht die Kapitalleistung dem durch den Grad der Invalidität bezeichneten Prozentsatz der Invaliditätssumme. In dem vereinbarten Progressionsmodell 600 ist der als Kapitalleistung zu erbringende Prozentsatz der Invaliditätssumme bei bestimmten Invaliditätsgraden höher als der Invaliditätsgrad.

Führt ein versicherter Unfall gemäß den Voraussetzungen und Bestimmungen zu einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent, so erhöht sich die Leistung wie folgt:

- der über 25 Prozent und unter 51 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
- der über 50 Prozent liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zehnfach entschädigt.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung und Invaliditätsgrad:

Invaliditätsgrad in Prozent	Progression 600 in Prozent
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	28
27	31
28	34
29	37
30	40
31	43
32	46
33	49
34	52
35	55
36	58
37	61
38	64
39	67
40	70
41	73
42	76
43	79
44	82
45	85
46	88
47	91
48	94
49	97

50	100
51	110
52	120
53	130
54	140
55	150
56	160
57	170
58	180
59	190
60	200
61	210
62	220
63	230
64	240
65	250
66	260
67	270
68	280
69	290
70	300
71	310
72	320
73	330
74	340
75	350
76	360
77	370
78	380
79	390
80	400
81	410
82	420
83	430
84	440
85	450
86	460
87	470
88	480
89	490
90	500
91	510
92	520
93	530
94	540
95	550
96	560
97	570
98	580
99	590
100	600

A-2.1.2. Unfall-Krankenhaustagegeld

Im Rahmen des Versicherungsschutzes gilt ein Unfall-Krankenhaustagegeld mitversichert. Die vereinbarte Höhe ist dem Versicherungsschein zu entnehmen.

A-2.1.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt,

- a) an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in einer medizinisch notwendigen vollstationären Heil- oder Rehabilitationsbehandlung befindet.
- b) an dem bei der versicherten Person unfallbedingt ein medizinisch notwendiger ambulanz-operativer Eingriff durchgeführt wird.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heil- oder Rehabilitationsbehandlung.

A-2.1.2.2. Höhe der Leistung

Das Unfall-Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

A-2.1.2.3. Beginn und Dauer der Leistung

Das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld wird, vom Unfalltag an gerechnet, innerhalb eines Zeitraums von längstens 2 Jahren gezahlt.

A-2.1.3. Unfall-Todesfallleistung

Im Rahmen des Versicherungsschutzes gilt eine Unfall-Todesfallleistung mitversichert. Die vereinbarte Höhe ist dem Versicherungsschein zu entnehmen.

A-2.1.3.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die vereinbarte Unfall-Todesfallleistung wird gezahlt, sofern die versicherte Person infolge eines Unfalles innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstirbt.

Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf die Unfall-Todesfallleistung, sofern die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt und die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die Leistung zurückzuzahlen.

A-2.1.3.2. Höhe der Leistung

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

A-2.2. Versicherte prämienfreie Leistungen

- a) Die nachfolgend aufgeführten Leistungen gelten automatisch prämienfrei mitversichert.
- b) Bestehen bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können die prämienfreien Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- c) Die prämienfreien Leistungen stehen ausschließlich subsidiär, also nachrangig zur Verfügung. Das heißt, es können nur die Leistungen und Restkosten geltend gemacht werden, für die nicht ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt. Dies kann zum Beispiel ein Haftpflicht- oder Krankenversicherer sein. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige allerdings seine Leistungspflicht, können Sie sich auch direkt an den Versicherer wenden.

- d) Beziehen sich prämienfreie Leistungen auf Unfälle im Ausland, dann gilt der Versicherungsschutz in allen Ländern, in denen die versicherte Person keinen festen Wohnsitz hat und in denen sie sich nicht länger als 90 Tage im Jahr aufhält.

A-2.2.1. Such-, Bergungs- und Rettungskosten

- a) Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
Die Kosten ersetzen wir auch dann, wenn ein Unfall nicht eingetreten ist, aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- b) Darüber hinaus übernehmen wir die im Rahmen von Such-, Bergungs- und Rettungseinsätzen anfallenden Mehraufwendungen für Mittel und Einrichtungen, die zur Vermeidung von unfallbedingten Gesundheitsschäden bei der versicherten Person notwendig sind.
- c) Der Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze sowie Mehraufwendungen ist auf insgesamt 20.000 Euro begrenzt.

A-2.2.2. Krankentransporte und Flugrückholungen

- a) Nach einem Unfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen
- Kosten für den Transport der versicherten Person in das nächste Krankenhaus oder in eine Spezialklinik, soweit er ärztlich angeordnet oder nach Art der Verletzung unvermeidbar war.
 - Mehraufwendungen für den Rücktransport der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit sie auf ärztliche Anordnungen zurückzuführen sind oder nach Art der Verletzung unvermeidbar waren. Die Leistungen umfassen dabei auch Rückholungen in Ambulanzflugzeugen.
- b) Die Kosten für Kranken- und Rücktransporte werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer A-2.2.1. ersetzt, maximal jedoch bis 20.000 Euro.

A-2.2.3. Behandlungskosten bei Tauchunfällen

Nach einem Tauchunfall der versicherten Person ersetzen wir die notwendigen Behandlungskosten in einer Dekompressionskammer.

Die Behandlungskosten werden im Rahmen der Such-, Bergungs- und Rettungskosten gemäß Ziffer A-2.2.1. ersetzt, maximal jedoch bis 20.000 Euro.

A-2.2.4. Bestattungs- und Überführungskosten

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

A-2.2.5. Kosmetische Operationen

- a) Wurden unfallbedingte Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person durch eine infolge des Unfalles durchgeführte Heilbehandlung nicht beseitigt, ersetzen wir die notwendigen Kosten
 - der kosmetischen Operationen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen (ohne Zahnbehandlung und Zahnersatz).
 - Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz zur Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen durch den Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide- und Eckzähnen. Behandlungen an anderen, insbesondere künstlichen, Zähnen gelten nicht als kosmetische Operationen.
- b) Ersetzt werden die Kosten für Arzthonorare, die sonstigen Kosten der kosmetischen Operationen und Zahnbehandlungen sowie die Kosten der Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus.
- c) Voraussetzung für die Leistungen ist, dass die kosmetischen Operationen und unter a) aufgeführten Zahnbehandlungen spätestens bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sind.

Hat die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, genügt es, wenn die Operationen und Behandlungen vor Vollendung des 21. Lebensjahres erfolgen.
- d) Der Kostenersatz für kosmetische Operationen ist auf insgesamt 20.000 Euro begrenzt. Im Rahmen dieser Entschädigungsgrenze beträgt der maximale Kostenersatz für Zahnbehandlungen und Zahnersatz 2.500 Euro.

A-2.2.6. Kur- und Rehabilitationskosten

- a) Wir ersetzen die unfallbedingten, medizinisch notwendigen Kosten für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen der versicherten Person, sofern die Maßnahmen
 - infolge eines Unfalles notwendig werden, welcher gemäß Ziffer A-2.1.1. zu einem dauerhaften Invaliditätsgrad von mindestens 25 Prozent geführt hat und
 - innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden und
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens einer Woche durchgeführt werden.
- b) Die Voraussetzungen, wie auch die medizinische Notwendigkeit, sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- c) Nicht als Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme im Sinne dieser Bestimmungen gelten stationäre Behandlungen, bei denen die ärztliche Heilbehandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
- d) Der Kostenersatz für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

A-2.2.7. Umschulungsmaßnahmen

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten einer staatlich anerkannten Umschulungsmaßnahme, sofern
 - die versicherte Person die Kosten selbst zu tragen hat und
 - die notwendigen Umschulungsmaßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich sind und die versicherte Person voraussichtlich außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben,
 -

- die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt und
 - die Umschulungsmaßnahmen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden.
- b) Der Kostenersatz für Umschulungsmaßnahmen ist auf insgesamt 5.000 Euro begrenzt.

A-2.2.8. Psychologische Betreuung

- a) Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Kosten für psychologische Betreuung und Behandlungen, sofern
 - diese aufgrund einer direkten oder indirekten Unfalleinwirkung ärztlich angeordnet werden oder
 - die versicherte Person unfallbedingt einen Leistungsanspruch auf Sofortleistungen bei schweren Unfallverletzungen gemäß Ziffer A-2.2.11. hat oder
 - die versicherte Person einen Leistungsanspruch auf Kapitaleistungen gemäß Ziffer A-2.2.12. hat oder
 - eine mitversicherte Person aufgrund eines Unfalles tödlich verletzt wird oder
 - die versicherte Person Opfer eines Überfalls oder einer Geiselnahme geworden ist, und danach eine psychologische Soforthilfe ärztlich angeordnet wird.
- b) Der Kostenersatz für psychologische Betreuung und Behandlungen ist auf insgesamt 500 Euro begrenzt.

A-2.2.9. Haushaltshilfe und Kinderbetreuung

- a) Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungs- und Betreuungspflichten für im Haushalt lebende minderjährige Kinder nicht nachkommen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für die Kinderbetreuung und eine Haushaltshilfe.
- b) Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 25 Euro pro Tag.
- c) Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungs- und Betreuungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 30 Tage nach dem Unfallereignis.

A-2.2.10. Versorgung von Haustieren

- a) Kann die versicherte Person unfallbedingt ihren Versorgungspflichten gegenüber den im Haushalt lebenden Haustieren nicht nachkommen, erstatten wir die notwendigen Kosten für die tiergerechte Unterbringung.
- b) Als Haustiere im Sinne dieser Bestimmungen gelten nur Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden, insbesondere Hunde, Katzen, Vögel sowie kleine Säugetiere.
- c) Die Höhe der Leistungen beträgt maximal 25 Euro pro Tag.
- d) Die Leistungen werden erbracht, bis der versicherten Person zugemutet werden kann, ihre Versorgungspflichten wieder selbst zu übernehmen, längstens jedoch bis 14 Tage nach dem Unfallereignis.

A-2-2-11. Sofortleistung bei schweren Unfallverletzungen

Wir zahlen bei Eintritt einer der unter a) bis d) genannten schweren Unfallverletzungen eine Sofortleistung in Höhe von 10 Prozent der versicherten Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression), maximal 2.000 Euro.

Voraussetzung für die Leistung ist der Nachweis der Schwerverletzung infolge eines Unfalles durch eine schriftliche ärztliche Diagnose.

Ein Anspruch auf die Sofortleistung besteht jedoch nicht, wenn die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfallereignis an dessen Folgen verstirbt.

Die Sofortleistung wird auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Rückforderungsanspruch unsererseits entsteht allerdings nicht, wenn die endgültige Invaliditätsleistung geringer als die Vorauszahlung ist oder keine dauerhafte Invalidität festgestellt wird.

- a) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- b) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- c) Dauerhafte Erblindung beider Augen
- d) Dauerhafte Verminderung der Sehschärfe an jedem Auge um mindestens 60 Prozent.

A-2.2.12. Kapitalleistung bei schweren Verbrennungen

- a) Erleidet die versicherte Person unfreiwillig Verbrennungen III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche, zahlen wir eine Kapitalleistung in Höhe von 12 Prozent der versicherten Invaliditätssumme (Grundsumme ohne Progression), maximal 2.400 Euro.
- b) Voraussetzungen für die Leistung sind der Nachweis der Verletzungen durch ein fachärztliches Attest sowie die schriftliche Geltendmachung der Leistung innerhalb von 3 Jahren nach dem Verletzungsereignis.
- c) Besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Invaliditätsleistung gemäß Ziffer A-2.1.1., wird die Kapitalleistung auf die endgültige Invaliditätsleistung angerechnet.

Ein Anspruch auf die Leistung besteht nicht, wenn die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Verletzungsereignis an dessen Folgen verstirbt.

A-2.2.13. Unfallvorsorge

Erleidet eine versicherte Person eine Gesundheitsschädigung durch einen Unfall gemäß Ziff. A-1.3. während einer privaten Aktivität, bei der üblicherweise das Tragen eines Helmes und/oder Rückenprotektors empfohlen wird (z.B. Fahrrad, Ski oder Snowboard fahren), beteiligt sich der Versicherer mit 20 Euro am Neukauf eines Helmes / Rückenprotektors. Wurde bei dem Unfall kein Helm / Rückenprotektor getragen, beteiligt sich der Versicherer mit 20 Euro an der Erstanschaffung.

Voraussetzung für die Leistung ist

- der Nachweis der Gesundheitsschädigung durch Vorlage eines ärztlichen Attests,
- der Nachweis, dass die Gesundheitsschädigung durch einen Fahrrad- oder Ski-Unfall, etc. verursacht wurde (geht dies nicht aus dem ärztlichen Attest hervor, ist der Nachweis anderweitig zu erbringen),
- die Geltendmachung der Leistung innerhalb von 12 Monaten vom Unfalltag an.

A-3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Krankheiten oder Gebrechen, unter denen eine versicherte Person bereits vor Eintritt eines Unfallereignisses leidet, können die aus einem Unfall resultierenden Gesundheitsschäden oder deren Folgen verstärken. Sie können darüber hinaus im Zusammenspiel mit den aus dem Unfall resultierenden Gesundheitsschäden sogar die überwiegende Ursache sein, dass der Unfall zu einer dauerhaften Invalidität beim Versicherten führt. In beiden Fällen spricht man von der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen. Da Krankheiten oder Gebrechen nicht Gegenstand der Unfallversicherung sind, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades entsprechend dem Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Im Falle einer unfallbedingten Invalidität wird der Versicherer den Prozentsatz des Invaliditätsgrades jedoch nur dann entsprechend dem Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens mindern, wenn der Mitwirkungsanteil 30 Prozent oder mehr beträgt.

A-4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

A-4.1. Geistes- oder Bewusstseinsstörungen

Nicht versichert sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für:

- a) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
- b) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, wenn diese Störungen nicht durch einen krankhaften Zustand verursacht wurden.
- c) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholkonsums, jedoch nur
 - wenn beim Lenken von versicherungspflichtigen motorisierten Fahrzeugen der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille,
 - wenn bei anderen Unfällen der Blutalkoholgehalt unter 2,0 Promille zum Unfallzeitpunkt liegt
- d) Unfälle unter Medikamenteneinfluss. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Einnahme gemäß den Anweisungen des Arztes erfolgt ist und eine entsprechende ärztliche Verordnung vorlag.
- e) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge epileptischer Anfälle oder sonstiger Krampfanfälle.
- f) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Schlaganfalls.
- g) Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Herzinfarkts.

A-4.2. Straftaten

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

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für Unfälle infolge passiver oder aktiver Teilnahme an inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter stand.

A-4.3. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

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

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für

- a) Auslandsreisen, wenn die versicherte Person überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz besteht, so lange die versicherte Person nachweislich keine Möglichkeit hatte, das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet zu verlassen, mindestens jedoch bis 14 Tage nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.
- b) Terroranschläge außerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebietes. Dies gilt auch dann, wenn der Terroranschlag in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg steht. Für Terroranschläge innerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebietes besteht Versicherungsschutz gemäß Ziff. A-4.3. a).

A-4.4. Luft- und Raumfahrtrisiken

Nicht versichert sind Unfälle

- a) im Rahmen einer Tätigkeit als Raum- oder Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird. Die Ausübung von Kite-Sportarten wird nicht als das Führen von Luftsportgeräten angesehen.
- b) im Rahmen einer Tätigkeit als sonstiges Besatzungsmitglied eines Raum- oder Luftfahrzeuges.
- c) im Rahmen einer mit Hilfe eines Raum- oder Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit.

A-4.5. Motorfahrzeuge

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges während der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Auch im Rahmen der dazugehörigen Übungsfahrten besteht kein Versicherungsschutz.

A-4.6. Strahlenschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für Strahlenschäden, soweit diese in Zusammenhang mit Kernenergie stehen.

A-4.7. Schäden an Bandscheiben, inneren Organen und Gehirn

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

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

A-4.8. Heilmaßnahmen

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn

- a) die Gesundheitsschäden in ursächlichem Zusammenhang mit unfallbedingten, medizinisch notwendigen Impfungen sowie mit Schutzimpfungen gegen versicherte Infektionen und versicherte Infektionskrankheiten gemäß Ziffer A-1.6. stehen. Versicherungsschutz besteht für einen Impfschaden nach einer Schutzimpfung gegen Infektionen durch einen in Deutschland oder durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) zugelassenen Impfstoff.
- b) die Heilmaßnahmen oder Eingriffe in ursächlichem Zusammenhang mit einem unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis stehen.

A-4.9. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

Davon abweichend besteht jedoch Versicherungsschutz für psychische und nervöse Störungen, die im Anschluss an einen Unfall neu eintreten.

Die Leistungen werden jedoch nur erbracht, soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

A-5. Der Leistungsfall

A-5.1. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

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

- a) Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Eine generelle Verpflichtung der versicherten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.

- b) Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- c) Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

Kann bei Selbstständigen der Verdienstaufall nicht konkret nachgewiesen werden, wird ein fester Betrag von 2 Promille der für die versicherte Person vereinbarten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 500 Euro erstattet.

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

A-5.2. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- a) Wird eine Obliegenheit gemäß Ziffer A-5.1. vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.
- b) 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 Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, 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 nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- c) Unterlassen Sie die Abgabe einer Anzeige oder geben fahrlässig eine unrichtige Anzeige ab oder unterlassen fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so werden wir von der Verpflichtung zur Leistung jedoch nicht frei, wenn Sie nachweisen, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach seinem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so muss diese rückwirkend ab dem Zeitpunkt bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist.
- d) Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

A-5.3. Wann sind die Leistungen fällig?

- a) 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,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- b) Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.
- c) Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- d) Steht die 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.
- e) Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht gemäß Ziffer 9 a), von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- f) Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

Teil B

B-1 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

B-1.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die einmalige Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer B-0. zahlen.

B-1.2. Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsschutz endet 12 Monate nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn, ohne das es einer Kündigung bedarf, soweit nicht im Versicherungsschein etwas anderes vereinbart wurde.

B-1.3. Kündigung nach Versicherungsfall

- a) 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 kann auf die betroffene versicherte Person oder die betroffene Leistungsart beschränkt werden.
- b) 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.
- c) Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.
- d) Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

B-1.4. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz endet für die versicherte Person, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz beteiligt ist. Es erfolgt eine anteilige Prämienersatzung (pro rata temporis).

B-1.5. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten.

B-2. Versicherungsprämie

B-2.1. Prämienzahlung

Die Prämie wird einmalig erhoben.

B.2.2. Versicherungssteuer

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

B-2.3. Fälligkeit der Zahlung

Die erste Prämie wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

B-2.4. Rechtzeitigkeit der Zahlung

B-2.4.1. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

B-2.4.2. Rücktritt

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

B-2.4.3. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

- a) Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
- b) Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- c) Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

B-2.5. Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

B-3. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

- a) Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- b) Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

B-4. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

B-4.1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

- a) Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer

Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

- b) 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.

B-4.2. Rücktritt

B-4.2.1. Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

- a) 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.
- b) Wir müssen unser Rücktrittsrecht 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.
- c) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

B-4.2.2. Ausschluss des Rücktrittsrechts

- a) Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- b) Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
- c) 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.

B-4.2.3. 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 der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

B-5. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

B-5.1. Kündigung

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

B-5.2. Rückwirkende Vertragsanpassung

- a) 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 der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- b) 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, mit dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
- c) Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- d) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie 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.

B-5.3. Anfechtung

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

B-6. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

- b) 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.

B-7. Welches Gericht ist zuständig?

- a) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. 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.
- b) 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.

B-8. Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

B-9. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Teil C

C-1 Was ist bei Mitteilung an den Versicherer zu beachten?

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und an den Assekurateur

**JHC Service GmbH
Konrad-Adenauer-Ufer 39
50668 Köln
Deutschland**

zu richten.

C-2 Was gilt bei Änderung der Anschrift?

Hat die versicherte Person eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die der versicherten Person gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift der versicherten Person. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung der versicherten Person.