

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Der Umfang des Versicherungsschutzes hängt von den getroffenen Vereinbarungen ab. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsverzeichnis

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Leistungen. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen unsere Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem besondere Verhaltensregeln beschrieben, die Sie bzw. die versicherte Person in Bezug auf die Unfallversicherung beachten müssen (insbesondere Obliegenheiten). Weitere Pflichten, die beachtet werden müssen, finden Sie in Teil B.

	Seite
1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	2
1.1 Was ist versichert?	2
1.2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	3
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	3
1.2.1 Invaliditätsleistung	3
1.2.2 Unfallrente	4
1.2.3 Verbesserte Übergangsleistung	5
1.2.4 Tagegeld	5
1.2.5 Krankenhaustagegeld	6
1.2.6 Todesfalleistung	6
1.2.7 Zusatzleistungen	6
1.2.8 Unfallservice bei dienstlich veranlassten Auslandsreisen	9
2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	10
2.1 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammenreffen?	10
2.2 Was ist nicht versichert?	10
2.3 Welche Höchstleistung erbringen wir, wenn mehrere versicherte Personen durch dasselbe Ereignis einen Unfall erleiden?	11
2.4 Welche Auswirkungen haben Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos auf den Versicherungsschutz?	12
3. Ihre Obliegenheiten	12
3.1 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	12
3.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?	12
4. Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung der Berufstätigkeit	12
Was müssen Sie bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	12
5. Fälligkeit unserer Leistungen und Neubemessung des Invaliditätsgrads	13
5.1 Wann sind die Leistungen fällig?	13
5.2 Wann kann die Invalidität neu bemessen werden?	13
6. Weitere Bestimmungen	13
6.1 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	13
6.2 Welche Regelungen gelten für die	

Gruppen-Unfallversicherung mit und ohne Namensangabe?	13
6.3 Welche besonderen Regelungen gelten für die Erstattung des Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen für Unfallleistungen?	14

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie weitere Pflichten, die Sie beachten müssen. Welche besonderen Obliegenheiten Sie in der Unfallversicherung beachten müssen, finden Sie in Teil A.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht	14
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	14
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	15
2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	15
2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	15
2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?	15

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier finden Sie allgemeine Regelungen, die Sie in Bezug auf Ihre Unfallversicherung beachten müssen.

1. Beginn des Versicherungsschutzes	16
Wann beginnt der Versicherungsschutz?	16
2. Bedingungsanpassung	16
Wann können wir eine Regelung Ihrer Versicherungsbedingungen anpassen?	16
3. Definition des Versicherungsjahres	16
Wie wird das Versicherungsjahr bestimmt?	16
4. Ende des Vertrags	16
4.1 Wie lange dauert der Vertrag und wann kann er gekündigt werden?	16
4.2 Unter welchen Voraussetzungen kann die Versicherung nach Eintritt des Versicherungsfalls gekündigt werden?	17
5. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	17
Welche Zahlung schulden Sie uns bei vorzeitiger Beendigung oder Nichtigkeit des Vertrags?	17
6. Deutsches Recht	17
Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?	17
7. Zuständiges Gericht	17
Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?	17
8. Verjährung	18
Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?	18

Anhang: Berufsgruppenverzeichnis

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Leistungen. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen unsere Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem besondere Verhaltensregeln beschrieben, die Sie bzw. die versicherte Person in Bezug auf die Unfallversicherung beachten müssen (insbesondere Obliegenheiten). Weitere Pflichten, die beachtet werden müssen, finden Sie in Teil B.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

1.1 Was ist versichert?

(1) Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

(2) Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

(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.

(4) Erweiterter Unfallbegriff

a) Erhöhte Kraftanstrengung

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

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

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

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

b) Versicherungsschutz bei Zeckenstichen

Versicherungsschutz besteht auch für Infektionen, die durch Zeckenstiche übertragen werden. Dabei gelten folgende Besonderheiten:

aa) Besonderheiten bei den versicherbaren Leistungsarten und der Neubemessung der Invalidität

Bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung, Unfallrente, Verbesserte Übergangsleistung, Todesfallleistung und den Zusatzleistungen sowie der Neubemessung der Invalidität (siehe Ziffer 5.2) beginnen die dort genannten Fristen nicht mit dem Unfall (Stich der Zecke), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

bb) Besonderheiten zur Fälligkeit der Leistungen bei Invalidität

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres seit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt (statt innerhalb eines Jahres ab dem Unfall) nur bis zur Höhe der vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

c) Versicherungsschutz bei Impfschäden

Versicherungsschutz besteht auch für Impfschäden durch Impfungen gegen Infektionen. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsbeeinträchtigung. Eine Impfung gilt als Unfallereignis im Sinne von Absatz 3.

d) Versicherungsschutz bei bestimmten Gefahren

Zusätzlich vom Versicherungsschutz umfasst sind unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen

- durch Gase und Dämpfe, auch bei allmählicher Einwirkung,
- durch Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug,
- bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen,
- infolge einer Straftat, die sich gegen die versicherte Person richtet,
- infolge einer Geiselnahme der versicherten Person durch Dritte. Während des Zeitraums, in dem sich die versicherte Person in der Gewalt Dritter befindet, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf sonstige Gesundheitsschäden, die die versicherte Person erleidet. Als sonstige Gesundheitsschäden gelten insbesondere die medizinisch nachgewiesenen Folgen von Nahrungsmittel- oder Medikamentenentzug oder die unsachgemäße Verabreichung von Pharmaka oder anderen Stoffen.
- beim Tauchen, auch tauchtypische Gesundheitsschäden, wenn diese nicht durch einen Unfall verursacht sind (z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen) sowie der Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser.

e) Versicherungsschutz für Lebensretter der versicherten Person sowie Kunden und Gäste des Versicherungsnehmers

Zusätzlich vom Versicherungsschutz umfasst sind

- Lebensretter während der Bemühung zur Rettung der versicherten Person,
- Kunden und Gäste des Versicherungsnehmers in seinen Geschäftsräumen und auf seinem Betriebsgelände, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist. Vom Versicherungsschutz umfasst sind auch die Wege außerhalb dieses Bereiches sowie die An- und Abreise, sofern und solange sich die Kunden und Gäste in Begleitung eines Repräsentanten des Versicherungsnehmers befinden.

Diese mitversicherten Personen sind ausschließlich mit einer Invaliditäts- und Todesfallleistung in Höhe von jeweils 25.000 EUR versichert. Die zusätzliche Leistung gemäß Ziffer 1.2.1 Absatz 2 e) und ein ggf. vereinbartes Progressionsmodell sowie die Zusatzleistungen gemäß Ziffer 1.2.7 und der Unfallservice bei Auslandsreisen gemäß Ziffer 1.2.8 finden keine Anwendung.

f) Versicherungsschutz bei Verschollenheit

Ist die versicherte Person verschollen, so entsteht ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Bitte beachten Sie in einem solchen Fall die Obliegenheiten unter Ziffer 3.1 Absatz 5.

(5) Einschränkung unserer 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 (siehe Ziffer 2.1), zu den Ausschlüssen (siehe Ziffer 2.2), zu den Höchstleistungen (siehe Ziffer 2.3) und den Auswirkungen von Embargos auf den Versicherungsschutz (siehe Ziffer 2.4).

1.2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen. Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind. Die in Ziffer 1.2.7 und Ziffer 1.2.8 genannten "Zusatzleistungen" und den "Unfallservice bei dienstlich veranlassten Auslandsreisen" erbringen wir unabhängig davon immer unter den dort genannten Voraussetzungen.

1.2.1 Invaliditätsleistung

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Invalidität

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

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

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

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

b) Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

c) Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 30 Monaten nach dem Unfall geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

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

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

d) Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (siehe Ziffer 1.2.6), sofern diese vereinbart ist.

(2) Art und Höhe der Leistung

a) Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung. Grundlage für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

b) Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (siehe Ziffer 1.2.1 Absatz 2 b) aa), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (siehe Ziffer 1.2.1 Absatz 2 b) bb).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (siehe Ziffer 5.2).

aa) Gliedertaxe

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

Arm oder Hand	100 %
Daumen	35 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	15 %
Bein oder Fuß	100 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
Gehör auf einem Ohr	60 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohrs bereits vor dem Unfall verloren war	100 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Milz	10 %
Stimme	100 %
Zeugungsfähigkeit bei Männern	50 %
Empfängnis- oder Gebärfähigkeit bei Frauen vor der Prämenopause	50 %

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

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

bb) Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

c) Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 1.2.1 Absatz 2 b) aa) und bb) bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 100 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 10 Prozent (= ein Zehntel von 100 Prozent). Diese 10 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 90 Prozent.

d) Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (100 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (50 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 150 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

e) Mehrleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden

Führt ein Unfall nach diesen Bestimmungen und der Anwendung von Ziffer 2.1 vor Vollendung des 80. Lebensjahres zu einer Invalidität der versicherten Person von mindestens 70 Prozent, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person bei Eintritt des Unfalls.

Die zusätzliche Leistung wird für jede versicherte Person je Unfall auf 250.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG weitere Versicherungen mit doppelter Invaliditätsleistung ab mindestens 70 Prozent Invalidität, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

f) Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (siehe Ziffer 1.2.1 Absatz 1 d) oder ist gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall verstorben und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 1.2.1 Absatz 1 sind erfüllt.

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

g) Sofortleistung bei schweren Unfällen

Wir zahlen eine einmalige Sofortleistung in Höhe von 10 Prozent der versicherten Grundsumme für den Invaliditätsfall, höchstens jedoch 10.000 EUR, wenn bei der versicherten Person durch einen unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall folgende schwere Verletzungen eingetreten sind:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarkes oder
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand oder
- Schädelhirnverletzungen (Kontusion/ Hirnquetschung oder Hirnblutung) oder
- Verbrennung zweiten oder dritten Grades von mindestens 30 Prozent der Körperoberfläche oder

- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20 oder
- Polytrauma oder
- Frakturen an langen Röhrenknochen von mindestens zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Ober- und Unterschenkel, Ober- und Unterarm) oder
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - o Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - o Fraktur des Beckens
 - o Fraktur eines oder mehrerer Wirbelkörper
 - o gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

Die Sofortleistung muss innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend gemacht werden.

Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG weitere Unfallversicherungen mit Sofortleistung, so wird die Sofortleistung nur insoweit erbracht, wie sie nicht bereits aus einer weiteren Versicherung geleistet worden ist und soweit die versicherte Person die Sofortleistung nicht aus einer vor Abschluss dieses Vertrags geschlossenen weiteren Unfallversicherung beanspruchen kann.

Die Sofortleistung wird nicht auf eine evtl. zu erbringende Invaliditätsleistung angerechnet. Ein Anspruch auf Sofortleistung entsteht dann nicht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Monats nach dem Unfall stirbt.

1.2.2 Unfallrente

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Bestimmungen der Ziffer 1.2.1 Absatz 1 und Absatz 2 b) bis d). Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 1.2.1 Absatz 2 f).

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

(3) Beginn und Dauer der Leistung

a) Wir zahlen die Unfallrente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

b) Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des sechsten Monats, in dem die versicherte Person stirbt. Die Unfallrente endet ferner zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 5.2 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

c) Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, muss uns der Tod unverzüglich mitgeteilt werden.

(4) Gewinnbeteiligung bei laufender Rentenzahlung

a) Herkunft der Gewinnbeteiligung

Um die Rentenleistung sicher zu stellen, legen wir bei der Kalkulation einen Zinssatz von 4 Prozent zugrunde. Wenn die tatsächlichen Kapitalerträge über diesem Kalkulationszins liegen, nehmen die Rentenempfänger an den daraus

entstehenden Überschüssen über die Gewinnbeteiligung teil.

b) Art der Gewinnbeteiligung

Die Gewinnbeteiligung erfolgt, indem der laufende Rentenanspruch erhöht wird. Der dann erhöhte Rentenanspruch ist in der jeweils erreichten Höhe garantiert. Eine Erhöhung erfolgt frühestens dann, wenn für mindestens ein Jahr Rente bezogen wurde.

c) Höhe der Gewinnbeteiligung

Wir überprüfen jährlich, ob die im Geschäftsjahr entstandenen Überschüsse und die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung vorhandenen Mittel eine Erhöhung der laufenden Rentenansprüche rechtfertigen. Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe die laufenden Rentenansprüche erhöht werden, wird jährlich von unserem Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars getroffen und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Im Fall einer Erhöhung zahlen wir die erhöhte Rente ab dem 1. Januar des auf die Überprüfung folgenden Geschäftsjahres. Einen erhöhten Rentenanspruch werden wir Ihnen mitteilen.

d) Erträge

Mindestens 70 Prozent der auf die Rentendeckungsrückstellungen entfallenden Zinserträge verwenden wir - nach Abzug des Anteils, der auf der Basis des Kalkulationszinses für die bereits zugesagten Rentenleistungen benötigt wird - für die Gewinnbeteiligung der Rentenempfänger. Die für die Gewinnbeteiligung der Rentenempfänger verwendeten Zinserträge stellen wir in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung ein oder schreiben sie den einzelnen Rentenempfängern über erhöhte Rentenansprüche gut. Die in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung eingestellten Beträge dürfen wir grundsätzlich nur für die Gewinnbeteiligung der Rentenempfänger verwenden.

1.2.3 Verbesserte Übergangsleistung

(1) Voraussetzungen für die Leistung

a) Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu 100 Prozent (erste Stufe) in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt oder
- zu mindestens 50 Prozent (zweite Stufe) in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen

- mehr als 3 Monate (erste Stufe) oder
- mehr als 6 Monate (zweite Stufe)

an.

b) Sie müssen die Beeinträchtigung in der ersten Stufe spätestens 4 Monate und in der zweiten Stufe spätestens 7 Monate nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 3 bzw. mehr als 6 Monaten ausgehen. 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) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung

- der ersten Stufe in Höhe der Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme,
- der zweiten Stufe in Höhe der vollen vereinbarten

PU---7102Z0 (0/13) 5.16, Seite 5

Versicherungssumme.

Eine Leistung für die erste Stufe rechnen wir auf die Leistung der zweiten Stufe an.

1.2.4 Tagegeld

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

(2) Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen oder
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiele: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 Prozent zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls. Sofern eine Nachbehandlung nicht zu einem früheren Zeitpunkt möglich war, wird das Tagegeld auch nach Ablauf eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet bezahlt, maximal für 365 Tage.

(3) Besonderheit bei Lebensmittelvergiftungen und Vergiftungen

Bei Lebensmittelvergiftungen und Vergiftungen infolge einer versehentlichen Einnahme eines für den menschlichen Verzehr nicht vorgesehenen festen oder flüssigen Stoffes leisten wir das Tagegeld erst ab dem 15. Tag ab Beginn der ärztlichen Behandlung (bzw. ab einem späteren im Vertrag vereinbarten Zeitpunkt) und längstens bis zum 50. Tag ab Beginn einer solchen ärztlichen Behandlung.

(4) Kein Einfluss bei Tätigkeit aus Pflichtgefühl

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf oder ihrer Beschäftigung soweit wie möglich nach, so wird dies nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erfolgt unter Maßgabe des objektiven ärztlichen Befundes.

(5) Leistungen, falls nach einem Unfall keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit besteht

Ist die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigt worden, übernehmen wir für die Dauer der fortlaufenden ärztlichen Behandlung, maximal bis zu einem Jahr vom Unfalltag an gerechnet

- die notwendigen Kosten für den Arzt und
- die ärztlich verordneten Arznei- und Verbandsmittel

bis zur Höhe des für diese Zeit versicherten Tagegeldes.

Voraussetzung dafür ist, dass

- die Behandlung mindestens in monatlichen Abständen stattgefunden hat und
- die versicherte Person von ihrem Krankenversicherer keine oder nicht in dieser Höhe Kostenerstattung verlangen kann. Bestreitet der Krankenversicherer schriftlich seine Eintrittspflicht, so erfolgt insoweit eine Leistung im Rahmen dieses Vertrags.

1.2.5 Krankenhaustagegeld

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation, die unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie mindestens einer ganzen Extremität erfolgt.

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

(2) Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld, längstens für 5 Jahre ab dem Tag des Unfalls

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, ab dem 4. Kalendertag der vollstationären Behandlung in doppelter Höhe.
- für 3 Tage bei ambulanten Operationen.
- zusätzlich für jeden Kalendertag der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn es medizinisch angeraten und ärztlich gebilligt ist, dass eine Begleitperson zusammen mit der versicherten Person im Krankenhaus untergebracht wird (Rooming-In).

(3) Krankenhaustagegeld bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen

Krankenhaustagegeld leisten wir auch für jeden Tag der vollstationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, längstens jedoch für 90 Tage, wenn

- die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient und es sich um eine medizinisch notwendige Notfalleinweisung handelt oder dieses Institut das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist,
- der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik unfallbedingt, ärztlich angeordnet und vollstationär erfolgt,
- die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgt und die Behandlung unmittelbar an eine unfallbedingte Krankenhausbehandlung anschließt oder
- die Rehabilitationsmaßnahme zwar nicht in einer Rehabilitationsklinik, aber an einem anderen geeigneten Ort stattfindet.

(4) Doppeltes Krankenhaustagegeld bei Unfall im Ausland

Ereignet sich der Unfall im Ausland, so verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthalts in dem betreffenden Land, längstens jedoch für drei Wochen. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem der Versicherte keinen Wohnsitz hat.

(5) Kostenübernahme für Haushaltshilfe

Wir übernehmen zusätzlich zum Krankenhaustagegeld die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- sich die den Haushalt überwiegend versorgende Person wegen eines unter den Versicherungsschutz dieses Vertrags fallenden Unfallereignisses in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet oder
- im Haushalt der verunfallten versicherten Person mindestens ein im Verhältnis zur versicherten Person unterhaltsberechtigtes Kind unter 16 Jahren zu versorgen ist und eine entsprechende Leistung von anderer Seite nicht erlangt worden ist.

Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 50 EUR je Tag des vollstationären Aufenthaltes oder Aufenthalts in einer Rehabilitationseinrichtung im Sinne von Absatz 3, maximal jedoch bis zu insgesamt 2.500 EUR je Unfallereignis.

1.2.6 Todesfalleistung

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 3.1.

(2) Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

(3) Zusätzliche Leistungen

Wird die Todesfalleistung fällig, erbringen wir folgende zusätzliche Leistungen:

- Hat die versicherte Person unterhaltsberechtigten minderjährige Kinder, erhöht sich die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme um 5 Prozent, maximal jedoch um 5.000 EUR je unterhaltsberechtigtem minderjährigem Kind.
- Unmittelbar mit der Bestattung zusammenhängende Kosten (z. B. Kauf einer Grabstätte, Kosten für Sarg oder Urne, Blumen, Kränze, Todesanzeigen) übernehmen wir bis zu 7.500 EUR, soweit uns diese Kosten durch Rechnung nachgewiesen werden. Kosten für die Trauerkleidung und die Bewirtung der Trauergäste werden nicht erstattet.
- Wir übernehmen Erbschaftskosten bis zur Höhe von 1.000 EUR. Erbschaftskosten in diesem Sinne sind die Kosten zur Erstellung des Erbscheins und entsprechende Notargebühren sowie die Kosten einer anwaltlichen Erstberatung. Anfallende Erbschaftsteuer wird nicht übernommen.

1.2.7 Zusatzleistungen

Wir erbringen (auch ohne dass dies im Versicherungsschein und dessen Nachträgen vermerkt ist) die nachfolgend aufgeführten Zusatzleistungen. Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG weitere Unfallversicherungen, können die Zusatzleistungen jeweils nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

(1) Kosten für kosmetische Operationen

a) Voraussetzungen für die Leistung

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

Zahnbehandlung und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Beschädigung von Zähnen gelten auch im Rahmen der Heilbehandlung als kosmetische Operationen.

Die kosmetische Operation erfolgt

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

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus sowie
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

insgesamt bis zur Höhe von 25.000 EUR.

(2) Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

a) Voraussetzungen für die Leistung

Für die versicherte Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten,
- für den ärztlich angeordneten Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr zum ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Empfehlung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder bei einem unfallbedingten Tod, Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz

entstanden.

Einem Unfall steht es gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenversicherer, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe von 25.000 EUR.

c) Kosten der Behandlung in einer Dekompressionskammer

Unter den in Absatz a) und b) genannten Voraussetzungen erstatten wir die Kosten der Behandlung in einer Dekompressionskammer, die der versicherten Person aufgrund eines nach Ziffer 1.1 Absatz 4 d) versicherten Unfalls beim Tauchen entstanden sind, bis zu einem Betrag von 3.000 EUR je Unfallereignis.

(3) Kurtagegeld

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich

- nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall aufgrund der hierdurch erlittenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen einer medizinisch notwendigen Kur im In- oder Ausland unterzogen. Als Kur in diesem Sinne gilt ein Aufenthalt in einem offiziell anerkannten Kurort, bei dem die versicherte Person werktäglich mindestens zwei Anwendungen erhält, die der Minderung der Unfallfolgen dienen, die versicherte Person am Kurort übernachtet und für den die gesetzliche oder private Krankenversicherung der versicherten Person keine oder nur teilweise Leistungen übernimmt. Nicht als Kur gilt eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung im Vordergrund steht;
- die Kur dauert mindestens drei Wochen;
- der Kurantritt erfolgt innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet und
- die medizinische Notwendigkeit der Kur wurde durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten das Kurtagegeld in Höhe von 100 EUR pro Tag der Kur für maximal 30 Tage je versichertem Unfall.

(4) Umbaukosten

a) Voraussetzungen für die Leistung

Bei der versicherten Person

- wurde nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall eine Invalidität festgestellt und
- der Anspruch auf Umbaukosten wurde innerhalb von zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, geltend gemacht.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen die Kosten, die entstehen für den aufgrund der Invalidität der versicherten Person erforderlichen Umbau

- der Wohnung und/ oder des Hauses, in dem die versicherte Person wohnt (z. B. Umbau von Küche und Bad, Rampenbau, Türenverbreiterung);
- des von der versicherten Person genutzten Kraftfahrzeugs und
- des von der versicherten Person genutzten Arbeitsplatzes.

Wir ersetzen außerdem die Kosten, die aufgrund eines invaliditätsbedingten Umzugs der versicherten Person in eine behindertengerechte Wohnung entstehen. Die Höhe der Leistung ist je versicherter Person auf die nachgewiesenen Kosten, maximal jedoch auf 30.000 EUR begrenzt. Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, ersetzen wir nur die Differenz zu unserer Leistung.

(5) Rehabilitationsbeihilfe

a) Voraussetzungen für die Leistung

aa) Rehabilitationsmaßnahme

Die versicherte Person erhält nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall

- wegen der durch das versicherte Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Rehabilitationsmaßnahme.

bb) Nachweis der medizinischen Notwendigkeit

Die Voraussetzungen für die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme werden uns nachgewiesen durch Vorlage

- des ärztlichen Entlassungsberichtes und
- der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, den privaten oder gesetzlichen Krankenversicherer oder das Sozial- oder Versorgungsamt.

cc) Keine IRENA, AHB oder BGSW

Nicht versichert sind:

- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA) im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB)
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt
- berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW).

b) Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen Kosten bis zu 5.000 EUR. Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, ersetzen wir nur die Differenz zu unserer Leistung.

(6) Heilkosten bei Auslandsaufenthalt

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall

- bei einem Auslandsaufenthalt von maximal einem Jahr eine Gesundheitsschädigung erlitten und
- für die Behandlung der Unfallfolgen sind Heilkosten entstanden, die nicht durch einen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherer erstattet werden.

Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten unter Anrechnung eines Selbstbehalts in Höhe von 50 EUR je Leistungsfall maximal 7.500 EUR für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- Notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, jedoch nicht für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel,
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie
- Kosten für künstliche Glieder.

(7) Entführungsleistung

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person wurde

- für mindestens 72 Stunden ihrer Freiheit beraubt oder anderweitig gegen ihren Willen festgehalten,
- die Straftat wurde nachweislich polizeilich gemeldet und strafrechtlich verfolgt und
- der Anspruch auf Entführungsleistung wurde innerhalb von drei Monaten ab Beendigung der Entführung bei uns geltend gemacht.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir erbringen die Entführungsleistung in Höhe von 1.000 EUR pro versicherter Person je Versicherungsfall. Dauert die Entführung mehr als 30 Tage, erhöht sich unsere Leistung auf 2.500 EUR pro versicherter Person je Versicherungsfall.

(8) Pflegegeld

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist

- nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall und
- nach Abschluss aller medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen
- dauernd nach Pflegestufe 2 oder 3 des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten innerhalb der ersten drei Jahre vom Unfalltag an gerechnet Pflegegeld in Höhe von 10 EUR für jeden Tag, an dem eine häusliche Pflege erforderlich ist. Maximal bezahlen wir das Pflegegeld jedoch für 365 Tage.

(9) Medizinische Hilfsmittel

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfallereignis und nach Abschluss aller stationär notwendigen Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen

- laut ärztlicher Bescheinigung weiterhin mindestens nach Pflegestufe 1 pflegebedürftig;
- die medizinischen Hilfsmittel wurden innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfallereignis bei der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung der versicherten Person beantragt und
- die tatsächlich entstandenen Kosten wurden uns mittels Anschaffungsrechnung nachgewiesen.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten eine Kostenbeteiligung zu ärztlich verordneten medizinischen Hilfsmitteln für

- Arm- und/ oder Beinprothesen,
- Geh- und Stützapparate,
- einen Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl.

Unsere Kostenbeteiligung beträgt bis zu 10 Prozent der versicherten Grundsumme für Invalidität, höchstens jedoch 2.500 EUR für alle medizinischen Hilfsmittel insgesamt.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann ein Erstattungsanspruch gegen die Allianz Versicherungs-AG nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

(10) Gipsgeld

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat aufgrund eines unter den Versicherungsschutz fallenden Unfalls

- einen Bruch eines Knochens erlitten und
- aufgrund ärztlicher Verordnung einen Gipsverband länger als 21 Tage getragen.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten einmal je versicherter Person und Unfallereignis Gipsgeld in Höhe von 500 EUR.

(11) Komageld

a) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge eines Unfalls

- in ein Koma gefallen oder
- für mindestens drei Tage in ein künstliches Koma versetzt worden.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten ein Komageld in Höhe von 15 EUR für jeden vollen Tag an dem die Voraussetzungen nach Absatz a) vorliegen, maximal jedoch für 730 Tage.

(12) Krankenhaus-Selbstbehalt

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person

- werden von ihrem gesetzlichen Krankenversicherer Kosten (Selbstbehalt) für eine wegen des Unfalls medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt und
- ein weiterer Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet, bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten den Krankenhaus-Selbstbehalt in Höhe des Betrages, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommen hat.

(13) Krankentransportkosten

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind infolge eines unter den Versicherungsschutz fallenden Unfalls

- notwendige Kosten für ihren Transport entstanden und

- ein Dritter (z. B. anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet, bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat nicht zur Begleichung der Kosten ausgereicht.

b) Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen Krankentransportkosten bis zu einer Höhe von insgesamt 50.000 EUR für

- den ärztlich angeordneten Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik;
- medizinisch notwendige Verlegungstransporte von Krankenhaus zu Krankenhaus, z. B. zum Krankenhaus in der Nähe des Heimortes;
- medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland in das zum Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus mit einem medizinisch geeigneten Transportmittel (Ambulanz- oder Luftfahrzeug); die Entscheidung ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird, übernimmt der von uns beauftragte Arzt in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt,
- den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem Wohnsitz, soweit die Mehrkosten durch die ärztliche Anordnung entstanden sind oder aufgrund der Verletzung unvermeidbar waren;
- den Mehraufwand bei der Heimfahrt für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person bei einem Unfall im Ausland sowie den Mehraufwand für deren zusätzliche Unterbringung;
- die Standard-Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei unfallbedingtem Tod oder die Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Standardüberführung bei einem Unfall im Ausland.

1.2.8 Unfallservice bei dienstlich veranlassten Auslandsreisen

Wir erbringen (auch ohne dass dies im Versicherungsschein und dessen Nachträgen vermerkt ist) den nachfolgend aufgeführten Unfallservice bei dienstlich veranlassten Auslandsreisen. Mitversichert sind auch die mitreisenden Familienangehörigen der versicherten Person. Bestehen für die versicherte Person bei der Allianz Versicherungs-AG weitere Unfallversicherungen, können diese Leistungen jeweils nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

(1) Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet während einer dienstlich veranlassten Auslandsreise oder Auslandsentsendung (im Weiteren als Auslandsreise bezeichnet) einen unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall. Als Auslandsreise gelten Reisen außerhalb Deutschlands.

(2) Art und Höhe der Leistung

a) Beistandsleistungen

Wir stehen Ihnen 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr telefonisch über unsere Notrufnummer zur Verfügung und erbringen folgende Beistandsleistungen:

aa) Benennung von deutsch-, englisch-, französisch- und spanischsprachigen Ärzten, Rechtsanwälten und Dolmetschern

bb) Benennung von Kliniken

cc) Arzt-zu-Arzt-Kontakte

Dazu bespricht der ärztliche Dienst der Allianz mit dem behandelnden Arzt vor Ort nach einem Unfall die Diagnose, die geplante Medikation und Behandlung und den zu erwartenden Heilungsverlauf. Die Arzt-zu-Arzt-Kontakte werden bis zur Genesung in den erforderlichen Zeitabständen wiederholt. Der ärztliche Dienst informiert den Arbeitgeber bzw. die Familie der versicherten Person über den jeweils aktuellen Stand und prüft, ob die Behandlung vor Ort dem deutschen Standard entspricht. Wenn es erforderlich ist,

schaltet der ärztliche Dienst der Allianz auch den Hausarzt der Familie in Deutschland ein.

dd) Verlegung

Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall im Ausland in einem Krankenhaus, das die erforderliche Behandlung nicht oder nur bedingt durchführen kann, prüft der ärztliche Dienst der Allianz, wo sich die nächstgelegene geeignete Klinik befindet und organisiert auf Wunsch der versicherten Person und nach Rücksprache mit dem Leistungsträger die Verlegung.

ee) Benennung von Äquivalenzpräparaten

Benötigt die versicherte Person infolge eines Unfalls im Ausland ein Medikament, das ihr nur aus Deutschland bekannt ist, benennt unser ärztlicher Dienst für das jeweilige Ausland das Äquivalenzpräparat.

ff) Medikamentenversand

Ist ein zur Behandlung der Unfallfolgen erforderliches Medikament im Ausland nicht erhältlich, besorgt der ärztliche Dienst der Allianz das Medikament in Deutschland und veranlasst auf schnellstem Weg den Versand.

gg) Krankenrücktransport nach einem Unfall

Bei schweren Unfallfolgen prüft der ärztliche Dienst die medizinische Notwendigkeit von Rücktransporten, wählt das geeignete Transportmittel aus und organisiert den Transport des Verletzten in die nächstgelegene geeignete Klinik, gegebenenfalls in eine Klinik in Deutschland. Hierbei wird die wirtschaftlich sinnvollste Lösung geprüft und die Leistungsträger, soweit möglich, vorab über die Entscheidung informiert.

hh) Bestattung/ Überführung nach einem Unfall

Nach einem Unfall mit Todesfolge wird die Bestattung vor Ort oder die Überführung des Verstorbenen nach Deutschland organisiert.

ii) Allgemeine medizinische Beratung (medical helpline)

Vor Beginn einer dienstlich veranlassten Auslandsreise informiert der ärztliche Dienst auf Wunsch die versicherten Personen über die medizinische Versorgung vor Ort, Leistungsstandards, mögliche Seuchen, Epidemien, erforderliche bzw. empfehlenswerte Impfungen und die Ausbreitung von Krankheiten im Zielgebiet.

jj) Dokumentendepot

Die versicherte Person kann Kopien der wichtigsten Dokumente wie Personalausweis, Reisepass, Führerschein und Kreditkarten hinterlegen. Im Falle des Verlustes der Originale helfen wir der versicherten Person anhand der Kopien bei der Ersatzbeschaffung der Dokumente. Ebenso ist eine Hinterlegung von wichtigen ärztlichen Befunden möglich, damit im Ernstfall auf bestimmte Krankheitsbilder sofort reagiert werden kann.

b) Zusätzliche Geldleistungen

Wir übernehmen zusätzlich folgende Geldleistungen:

- Zusätzlich notwendige Heimreise- und/ oder Unterbringungskosten.
- Bei einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt im Ausland von mindestens zehn Tagen, die Kosten der Nachreise und Unterbringung einer der versicherten Person nahestehenden Person. Unterbringungskosten übernehmen wir dabei bis zu 120 EUR für jeden Tag der stationären Behandlung, längstens jedoch für zwei Wochen. Reisekosten übernehmen wir für Bahnfahrten 2. Klasse oder Flüge in der Economy-Class, wenn eine Bahnfahrt länger als zehn Stunden dauern würde und für sonstige öffentliche Verkehrsmittel.

c) Eintrittspflicht für Leistungen aus der Unfallversicherung
Erbringen wir Leistungen nach Absatz a) oder b), ist damit nicht die Anerkennung einer Eintrittspflicht für weitere Leistungen verbunden. Maßgeblich dafür sind die für die jeweiligen Leistungsarten geltenden Voraussetzungen dieser Vereinbarung.

2. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.1 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

(1) Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

(2) Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumakrankung zu 60 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 4 Prozent.

b) Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

(3) Keine Minderung bei Sofortleistung, Zusatzleistungen und Unfallservice

Bei der Sofortleistung nach Ziffer 1.2.1 Absatz 2 g), den Zusatzleistungen nach Ziffer 1.2.7 und dem Unfallservice nach Ziffer 1.2.8 findet eine Minderung der Leistungen wegen Krankheiten oder Gebrechen nicht statt.

2.2 Was ist nicht versichert?

(1) Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

a) Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese

- alkoholbedingt sind und der Unfall beim Führen von Kraftfahrzeugen mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintritt oder
- auf der Einnahme von sonstigen Drogen oder Rauschmitteln beruhen.

Nicht vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind also Unfälle infolge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls oder infolge von Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Arzneimittel.

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

Beispiele: Die versicherte Person

- *balanciert aufgrund Drogenkonsum auf einem Geländer und stürzt ab,*
- *kommt unter Alkoholeinfluss von 1,4 Promille mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*

b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

Ausnahme:

Unfälle der versicherten Person bei

- Raufhändeln und Schlägereien, in die die versicherte Person nicht als Urheber oder aber in Ausübung ihres Berufs gerät,
- Aufruhr, inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, sofern die versicherte Person nicht aktiv an dem Aufruhr bzw. an den Unruhen oder sonstigen Gewalttätigkeiten teilgenommen hat.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

Die versicherte Person erleidet einen Unfall

- der durch ein Kriegseignis verursacht wird und gehört nicht zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg (Passives Kriegsrisiko).
- durch einen Terroranschlag, der in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, aber außerhalb der Territorien der kriegführenden Partei durchgeführt wird.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht, aber die Regelungen zur Mehrleistung nach Ziffer 1.2.1 Absatz 2 e) und zu einem etwa vereinbarten Progressionsmodell finden keine Anwendung. Der durch diese Ausnahme erweiterte Versicherungsschutz kann abweichend von Teil C Ziffer 4.1 durch den Versicherer jederzeit mit einer Frist von 14 Tagen gekündigt werden.

Diese Ausnahme gilt nicht

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg. Aktiver Teilnehmer an einem Krieg oder Bürgerkrieg ist auch, wer auf Seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen,
- für 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.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

d) Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Beispiele: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung

e) Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs. Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht

- bei Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt,
- für Fahrtveranstaltungen mit Freizeitcharakter auf ausschließlich zu diesem Zweck für die Öffentlichkeit zugelassenen und verwendeten Strecken (nicht aber auf öffentlichen Straßen oder Plätzen), bei denen es nicht ausschließlich auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

(2) Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

a) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.1 Absatz 3 oder Absatz 4 d) oder e) hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

b) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:

- Die Gesundheitsschädigung wurde durch Röntgen- und Laserstrahlen oder durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen verursacht und
- es liegt ein Unfallereignis nach Ziffer 1.1 Absatz 3 oder Absatz 4 d) oder e) vor.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht für

- Schädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Umganges mit Röntgen- und Laserapparaten ergeben und
- Berufskrankheiten.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

c) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen. Nicht als solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten jedoch Maniküre, Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

d) Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf,
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (siehe Ziffer 2.2 Absatz 2 c),
- durch einen Zeckenstich nach Ziffer 1.1 Absatz 4 b),
- durch die Ausübung der versicherten Berufstätigkeit. Aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung muss jedoch hervorgehen, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung, mindestens jedoch der Durchtrennung der äußersten Schicht der Haut oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten gilt nicht als Einspritzen; Anhusten nur dann, wenn durch den Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden. Für Chemiker und Desinfektoren bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

e) krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, die sich nicht unmittelbar und ursächlich auf eine organische Verletzung oder einen unfallbedingten organischen Schaden zurückführen lassen.

Beispiele:

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

2.3 Welche Höchstleistung erbringen wir, wenn mehrere versicherte Personen durch dasselbe Ereignis einen Unfall erleiden?

(1) Höchstleistung insgesamt

Hat ein und dasselbe Ereignis zur Folge, dass mehreren durch den Gruppen-Versicherungsvertrag versicherten Personen bzw. deren Rechtsnachfolgern Ansprüche gegen den Versicherer auf Leistungen aus diesem Vertrag zustehen, leisten wir gegenüber allen anspruchsberechtigten Personen nur bis zu insgesamt maximal 50 Mio. EUR. Als ein und dasselbe Ereignis im Sinne dieser Regelung gelten auch mehrere Ereignisse, wenn

- diese miteinander in einem sachlichen Zusammenhang stehen und
- innerhalb von 48 Stunden eingetreten sind oder
- zwar nicht innerhalb von 48 Stunden eingetreten sind, aber das erste Ergebnis adäquat kausal für die danach folgenden Ereignisse war, d. h. das erste Ereignis erscheint nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht als völlig ungeeignet, die Ursache für den Eintritt der weiteren Ereignisse zu sein.

(2) Höchstleistung bei der Nutzung eines Flugzeugs

Tritt dieses Ereignis bei der Nutzung desselben Flugzeugs durch mehrere versicherte Personen ein, leisten wir gegenüber allen anspruchsberechtigten Personen nur bis zu insgesamt maximal 30 Mio. EUR.

(3) Reduzierung der Einzelleistung bei Überschreiten der Höchstleistung

Übersteigen die den mehreren versicherten Personen bzw. deren Rechtsnachfolger zu zahlenden Leistungen diese Höchstleistung, so verringern sich die einzelnen Leistungsansprüche in dem Verhältnis, in dem ihr Gesamtbetrag zu dieser Höchstleistung steht.

2.4 Welche Auswirkungen haben Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos auf den Versicherungsschutz?

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, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

3. Ihre Obliegenheiten

3.1 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 1.2 geregelt. Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

(1) Hinzuziehen eines Arztes

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

(2) Angaben zum Versicherungsfall

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

(3) Untersuchung durch Ärzte

Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Wir erstatten bei Selbständigen einen festen Betrag, sofern der Verdienstausschlag nicht nachzuweisen ist. Dieser Betrag beläuft sich auf 2 Promille der versicherten Invaliditätssumme, maximal jedoch 1.000 EUR.

(4) Auskünfte durch Ärzte

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. An-

sonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

(5) Meldung bei Tod aufgrund Unfallfolgen

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden. Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion - durch einen von uns beauftragten Arzt - durchführen zu lassen. Ist die versicherte Person verschollen, so entsteht ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt, die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde und uns eine entsprechende Urkunde vorgelegt wird. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die geleistete Zahlung zurückzuerstatten.

(6) Versehentlich verspätete Meldung

Wir berufen uns nicht auf eine Obliegenheitsverletzung bei einer versehentlichen verspäteten Meldung von Unfällen. Die nachträgliche Meldung ist jedoch umgehend vorzunehmen. Ebenso liegt auch dann keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person bei einer zunächst geringfügig erscheinenden Verletzung einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn für sie der wirkliche Umfang erkennbar wird.

3.2 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Wenn Sie eine Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

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

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung der Berufstätigkeit

Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis, siehe dazu den Anhang dieser Versicherungsbedingungen.

(1) Mitteilung der Änderung

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

(2) Auswirkungen der Änderung

Sofern versehentlich die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht angezeigt wurde, hat dies keine Auswirkung auf die vereinbarten Versicherungssummen. Die Beitragsänderung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Veränderung an. Sie müssen die Anzeige jedoch unverzüglich nachholen, sobald Sie sich des Versäumnisses bewusst geworden sind. Die gesetzlichen Regelungen zur Gefährerhöhung und Gefährminderung bleiben zugunsten des Versicherungsnehmers hiervon unberührt.

5. Fälligkeit unserer Leistungen und Neubemessung des Invaliditätsgrads

5.1 Wann sind die Leistungen fällig?

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

(1) Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfallrente beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zu gehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 3.1.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

(2) Fälligkeit der Leistung

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

(3) Vorschüsse

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden. Sofern keine Todesfallleistung vereinbart ist, kann vor Abschluss des Heilverfahrens ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis maximal 10.000 EUR verlangt werden, sobald keine akute Lebensgefahr mehr besteht.

5.2 Wann kann die Invalidität neu bemessen werden?

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

6. Weitere Bestimmungen

6.1 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

(1) Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung). Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugefallen ist. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

(2) Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

(3) Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

(4) Bezugsrecht

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechtes sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn uns diese Verfügung von Ihnen zu Lebzeiten der versicherten Person in Textform angezeigt worden ist. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail, ein Brief oder ein Telefax die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

6.2 Welche Regelungen gelten für die Gruppen-Unfallversicherung mit und ohne Namensangabe?

Sie können die Gruppen-Unfallversicherung mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abschließen. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

(1) Versicherungen ohne Namensangabe

a) Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

b) Sie müssen die zu versichernden Personen so bezeichnen und erfassen, dass deren Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis eindeutig feststeht.

c) Sie sind verpflichtet, uns die Anzahl der zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres versicherten Personen innerhalb eines Monats nach Beginn des Versicherungsjahres bekanntzugeben. Sind mehrere Gruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

d) Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für das laufende Versicherungsjahr. Darüber erhalten Sie von uns eine Abrechnung.

e) Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

(2) Versicherungen mit Namensangabe

a) Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

b) Personen, deren Beruf, Beschäftigung und Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen, können Sie jederzeit bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz für die hinzukommenden Per-

sonen beginnt mit Eingang Ihrer Meldung bei uns. Eine versehentlich unterbliebene oder verspätete Anmeldung bei zu versichernden Personen mit Namensangabe, denen Sie arbeitsvertraglich Unfallversicherungsschutz zugesagt haben, hat keine nachteiligen Folgen für diese Person. Ebenso hat die nicht korrekte Erfassung der versicherten Person keine nachteiligen Folgen für diese. Maßgebend sind immer die arbeitsvertraglich zugesagten Versicherungssummen. Für Personen, die verspätet gemeldet werden bzw. die nicht richtig erfasst wurden, ist der Beitrag nachzuentrichten.

c) Personen in anderen Berufen, mit anderer Beschäftigung oder mit anderen Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

d) Wir haben das Recht, nach Risikoprüfung den Einschluss des Einzelnen in den Vertrag abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz für diese Person einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

e) Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

(3) Versicherungsschutz ab dem 75. Lebensjahr

Sofern der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person wegen Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung (Absatz 1 e) bzw. Absatz 2 e) erloschen ist, verlängert sich der Versicherungsschutz für die versicherte Person bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem sie das 75. Lebensjahr vollendet. Der Versicherungsschutz für die versicherte Person setzt sich darüber hinaus unverändert fort, wenn wir Ihnen nicht spätestens sechs Monate vorher unsere Änderungswünsche mitgeteilt haben.

(4) Möglichkeit zur Beendigung des Versicherungsschutzes für die einzelne versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls

Sie oder wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) beenden, wenn wir für diese eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns eine Klage auf eine Leistung für diese versicherte Person erhoben haben. Die Mitteilung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugehen. Der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person endet drei Monate nach Zugang der Mitteilung.

6.3 Welche besonderen Regelungen gelten für die Erstattung des Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen für Unfallleistungen?

(1) Versicherte Sozialversicherungsbeiträge

Werden für die im Rahmen des Vertrags versicherten Personen Leistungen aus der Unfallversicherung erbracht und sind aufgrund dieser Leistungen Beiträge zur

- Krankenversicherung,
- Rentenversicherung,
- Arbeitslosenversicherung,
- Pflegeversicherung

(Sozialversicherungsbeiträge) zu entrichten, so erstatten wir Ihnen als Arbeitgeber diese Kosten in Höhe des von Ihnen zu tragenden Arbeitgeberanteils.

(2) Voraussetzungen für die Leistung

- Wir haben eine Leistung zu einer versicherten Leistungsart oder einer Zusatzleistung erbracht.
- Sie haben für die bis zum Leistungsfall entrichteten Beiträge, die auf den Versicherungsschutz des Arbeitnehmers entfallen, Ihren Arbeitgeberanteil an Sozialversicherungsbeiträgen erbracht.

- Sie machen Ihren Anspruch auf Erstattung der Ihnen nach Absatz 1 entstandenen Kosten innerhalb eines Jahres bei uns geltend.

(3) Art und Höhe der Leistung

Wir leisten in Höhe des von Ihnen gezahlten und nachgewiesenen Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen im Sinne der Absätze 1 und 2.

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie weitere Pflichten, die Sie beachten müssen. Welche besonderen Obliegenheiten Sie in der Unfallversicherung beachten müssen, finden Sie in Teil A.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

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

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Versicherungsvertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

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

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 5 Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn wir von der Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangen, der vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre vergangen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis

Die Ausübung unseres Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der Schriftform.

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als einmaligen Beitrag oder als laufende Beiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode zahlen. Die Zahlungsperiode kann je nach Vereinbarung einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Wir geben sie im Versicherungsschein an.

Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode kalkuliert. Die Versicherungsperiode (§ 12 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) entspricht somit der vereinbarten Zahlungsperiode.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster oder einmaliger Beitrag

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten der vereinbarten Zahlungsperiode zu zahlen, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn eine Zahlung im Lastschriftverfahren (siehe Absatz 5) vereinbart ist, ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Zahlung im Lastschriftverfahren

a) SEPA-Lastschriftmandat

Wenn der Beitrag von einem Konto eingezogen werden soll (Lastschriftverfahren) muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden.

b) Monatliche Beiträge

Monatliche Beiträge müssen im Lastschriftverfahren gezahlt werden.

c) Folgen eines fehlgeschlagenen Lastschrifteinzugs

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben,

- können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen;
- sind wir berechtigt, eine monatliche Zahlungsperiode auf eine vierteljährliche Zahlungsperiode umzustellen.

Im Übrigen gelten die Regelungen zum Verzug (siehe Ziffern 2.2 und 2.3).

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1). Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) und Absatz 3 zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bei uns eingegangen ist. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) und Absatz 3 zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

(2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündi-

gung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier finden Sie allgemeine Regelungen, die Sie in Bezug auf Ihre Unfallversicherung beachten müssen.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen. Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gilt Absatz 1 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Bedingungsanpassung

Wann können wir eine Regelung Ihrer Versicherungsbedingungen anpassen?

(1) Unwirksamkeit einer Regelung

Wenn durch

- eine höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

eine Regelung in Versicherungsbedingungen für unwirksam erklärt wird, sind wir berechtigt, eine davon betroffene Regelung in Ihren Versicherungsbedingungen zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen.

Dies gilt auch, wenn sich die gerichtliche oder behördliche Entscheidung gegen ein anderes Unternehmen richtet. Voraussetzung ist, dass die für unwirksam erklärte Regelung mit einer Regelung in Ihren Versicherungsbedingungen im Wesentlichen inhaltsgleich ist. Eine Anpassung ist nur zulässig, wenn die in den folgenden Absätzen beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

(2) Regelungen, die angepasst werden können

Wir können nur Regelungen anpassen, die eines der folgenden Themen betreffen:

- Leistungsvoraussetzungen;
- Leistungsumfang;
- Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen;
- Obliegenheiten, die Sie nach Vertragsabschluss beachten müssen;
- die Anpassung Ihres Beitrags;
- die Vertragsdauer;
- die Kündigung des Vertrags.

(3) Ersatzlose Streichung der Regelung darf nicht interessengerecht sein

Eine Anpassung setzt voraus,

- dass die gesetzlichen Vorschriften keine konkrete Bestimmung enthalten, mit der die durch die Unwirksamkeit (siehe Absatz 1) entstandene Vertragslücke geschlossen werden kann und

- dass der ersatzlose Wegfall der Regelung keine angemessene Lösung darstellt, die den typischen Interessen der Vertragspartner gerecht würde.

(4) Inhalt der Neuregelung

Die Anpassung erfolgt nach den Grundsätzen der ergänzenden Vertragsauslegung. Das bedeutet, dass die unwirksame Regelung durch eine Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessene und ihren typischen Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn ihnen die Unwirksamkeit der Regelung zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.

(5) Durchführung der Bedingungsanpassung

Die angepasste Regelung werden wir Ihnen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) mitteilen und erläutern. Die Anpassung gilt als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von 6 Wochen nach Zugang unserer Mitteilung widersprechen. Ihr Widerspruch muss in Textform erfolgen. Auf Ihr Widerspruchsrecht werden wir Sie in unserer Mitteilung ausdrücklich hinweisen. Für die Rechtzeitigkeit Ihres Widerspruchs reicht es aus, wenn Sie ihn innerhalb der Frist absenden. Wenn Sie fristgemäß widersprechen, tritt die Bedingungsanpassung nicht in Kraft.

(6) Unser Kündigungsrecht im Falle Ihres Widerspruchs

Falls Sie der Bedingungsanpassung widersprechen (siehe Absatz 5), können wir den Vertrag kündigen, wenn uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung nicht zumutbar ist.

Unsere Kündigung müssen wir innerhalb von 6 Wochen nach Zugang Ihres Widerspruchs in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erklären, und zwar mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende eines Monats.

3. Definition des Versicherungsjahres

Wie wird das Versicherungsjahr bestimmt?

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von 12 Monaten. Wenn die vereinbarte Vertragsdauer nicht nur aus ganzen Jahren besteht, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre. Die vereinbarte Vertragsdauer können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

4. Ende des Vertrags

4.1 Wie lange dauert der Vertrag und wann kann er gekündigt werden?

(1) Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Dauer abgeschlossen.

(2) Stillschweigende Vertragsverlängerung und Kündigung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens 3 Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer oder jedes darauf folgenden Jahres zugehen.

(3) Kündigung bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren

Wenn eine Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren vereinbart ist, können Sie den Vertrag zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Die Kündigung muss uns spätestens 3 Monate vor Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres zugehen.

(4) Form der Kündigung

Eine Kündigung nach dieser Regelung bedarf der Textform. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail, ein Brief oder ein Telefax die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

(5) Einstellung des Betriebes oder Auflösung der Vereinigung

Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebes.

4.2 Unter welchen Voraussetzungen kann die Versicherung nach Eintritt des Versicherungsfalles gekündigt werden?

(1) Kündigungsrecht

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

(2) Kündigungserklärung

Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugehen.

(3) Form der Kündigung

Eine Kündigung nach dieser Regelung bedarf der Textform. Zum Beispiel erfüllen eine E-Mail, ein Brief oder ein Telefax die Textform, sofern der Absender daraus erkennbar ist.

(4) Wirksamwerden der Kündigung

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung mit Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass Ihre Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird. Wenn wir kündigen, wird unsere Kündigung drei Monate nach Zugang bei Ihnen wirksam.

5. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Welche Zahlung schulden Sie uns bei vorzeitiger Beendigung oder Nichtigkeit des Vertrags?

Wenn der Vertrag vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

6. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

7. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht, wenn Sie gegen uns Klage erheben

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Sie können auch bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht, wenn wir gegen Sie Klage erheben

a) Ihr Wohn- beziehungsweise Geschäftssitz ist uns bekannt

Wenn wir aus dem Versicherungsvertrag Klage gegen Sie erheben, ist ausschließlich das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach seinem Geschäftssitz.

b) Ihr Wohn- beziehungsweise Geschäftssitz ist uns nicht bekannt

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Zuständiges Gericht, wenn Sie außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz wohnen

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Zuständiges Gericht, wenn das schädigende Ereignis im Ausland eintritt

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Welches deutsche Gericht zuständig ist, richtet sich danach, ob Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben. Wenn dies der Fall ist, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2. Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist. Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

8. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in den §§ 195 bis 213 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

Anhang: Berufsgruppenverzeichnis

Gefahrengruppe A. Personen mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen, tätig im Laden, im Labor, im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege.

Gefahrengruppe B. Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder beschäftigt mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen. Einzelne körperliche oder handwerkliche Tätigkeiten gehören in Gefahrengruppe A.

Wird eine Tätigkeit ausschließlich kaufmännisch / verwaltend / aufsichtsführend ausgeübt gilt Gefahrengruppe A. Werden planmäßig oder regelmäßig, also nicht nur ausnahmsweise, auch Tätigkeiten nach Gefahrengruppen A und B ausgeübt, gilt Gefahrengruppe B.

(Hinweis: Aus redaktionellen Gründen wird in nachstehender Tabelle die männliche Form verwendet. Die Tabelle gilt für die weibliche Form analog.)

Zur Gefahrengruppe A gehören insbesondere folgende und vergleichbare Berufe

Agraringenieur, Altenpfleger, Anlageberater, Apotheker, Architekt, Arzt
Bademeister, Bankkaufmann, Bauingenieur, Bauzeichner, Buchhalter, Büroangestellter, Bürokaufmann
Chiropraktiker
Diplom-Ingenieur, Disponent
EDV-Kaufmann, Einzelhandelskaufmann, Elektroingenieur, Elektroniker, Energieanlagenelektroniker
Fernmeldeelektroniker, Fernsehtechniker, Finanzbuchhalter, Florist, Flugingenieur, Fotograf, Fotosetzer, Friseur
Goldschmied, Graphiker, Großhandelskaufmann
Handelsvertreter, Hausmann, Hausverwalter, Heilpraktiker, Hochschullehrer, Hotelfachmann, Hotelier, Hotelkaufmann
Immobilienmakler, Industriekaufmann, Informatiker, Informationselektroniker, Ingenieur, Innenarchitekt
Journalist, Juwelier
Kassierer, Kaufmann, kaufmännischer Angestellter, Krankenpfleger, Kundenberater, Künstler, Kunstmaler
Lagerverwalter, Lehrer
Makler, Maschinenbau-Ingenieur, Masseur, Mathematiker, Messtechniker, Musiker
Näher, Notar, Notariatsgehilfe
Optiker
Pädagoge, Pensionär, Pförtner, Photograph, Physiker, Physiotherapeut, Portier, Programmierer, Psychotherapeut
Radio- und Fernsehtechniker, Rechtsanwalt, Redakteur, Referendar, Regisseur, Reiseleiter, Reiseverkehrskaufmann, Rentner, Reporter, Restaurantfachmann, Revisor, Richter
Sachbearbeiter, Sänger, Sanitäter, Sozialarbeiter, Soziologe, Spediteur, Speditionskaufmann, Systemanalytiker
Schauspieler, Schneider, Schüler
Staatsanwalt, Statiker, Steuerberater, Steuerfachgehilfe, Student
Techniker, technischer Angestellter, technischer Zeichner
Uhrmacher, Unternehmensberater, Unternehmer
Verkäufer, Verkaufsleiter, Verlagskaufmann, Vermesser, Vermögensberater, Versicherungsangestellter, Versicherungsvertreter, Vertreter, Vertriebsassistent, Vertriebsleiter, Verwaltungsangestellter
Werbefachmann, Wirtschaftsprüfer
Zahnarzt, Zahntechniker, Zoologe

Zur Gefahrengruppe B gehören insbesondere folgende und vergleichbare Berufe

Arbeiter
Bäcker, Baggerführer, Bauarbeiter, Bergmann, Bodenleger, Braumeister, Briefträger, Buchdrucker, Busfahrer
Chemiearbeiter *), Chemielaborant *), Chemiker *), Chemotechniker
Dachdecker, Dekorateur, Dreher, Drucker
Eisenflechter, Elektriker, Elektroinstallateur, Elektrotechniker
Fahrlehrer, Feinmechaniker, Fensterputzer, Fernfahrer, Feuerwehrmann, Fischer, Fleischer, Fliesenleger, Flugzeugbauer, Forstarbeiter, Förster, Fußbodenleger
Gärtner, Gastwirt, Gebäudereiniger, Gerüstbauer, Glaser
Hafenarbeiter, Hausmeister, Heizungsinstallateur
Industriemeister, Installateur
Kaminkehrer, Kellner, Klempner, Koch, Konditor, Kraftfahrer, Kraftfahrzeugelektriker, Kraftfahrzeugmechaniker, Kranführer
Laborant *), Lackierer, Lagerist, Landmaschinenschlosser, Landwirt, Lokführer
Maler, Maschinenbauer, Maschinist, Matrose, Maurer, Mechaniker, Mechatroniker, Metallarbeiter, Metzger, Monteur, Müllwerker
Nachrichtentechniker
Ofenbauer, Orthopädiemechaniker
Pflasterer, Polier, Polizeibeamter, Polsterer, Postzusteller, Putzer
Raumausstatter, Restaurator
Setzer, Soldat, Spengler, Sportlehrer, Spüler
Schausteller, Schichtführer, Schiffsbauer, Schiffsführer, Schlosser, Schmied, Schreiner, Schriftsetzer, Schuhmacher, Schweißer
Steinmetz
Tänzer, Tanzlehrer, Tapezierer, Taxifahrer, Tierarzt, Tierpfleger, Tischler, Trainer, Transportarbeiter
Verkaufsfahrer, Verputzer, Vorarbeiter
Wachmann, Weinbauer, Werftarbeiter, Werkmeister, Werkstofftechniker, Werkzeugmacher, Winzer
Zimmerer, Zugführer

*) sofern nicht mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen tätig, gilt Gefahrengruppe A

Zusätzlich zu beachten ist: Die Berufe / Tätigkeiten Berufssportler, Artist, Dompteur, Tierbändiger und fliegendes Personal stellen ein besonderes Risiko dar, die weder in Gefahrengruppe A noch B gehören. Ein Wechsel in diese Berufe / Tätigkeiten stellt eine Gefahrerhöhung dar, die einer besonderen tariflichen Einstufung bedarf. Dies gilt auch dann, wenn die Berufe / Tätigkeiten "nebenberuflich" ausgeübt werden.