

Verbraucherinformationen für Unfallversicherungen – Ausgabe 06 / 19 –

Inhalt:

Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Weitere Informationen zu dem Antrag / Vertrag für die Unfallversicherung

A. Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten	Seite 1 und 2
B. Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011)	Seite 3 bis 7
C. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung	Seite 8 bis 16
D. Satzung	Seite 17 und 18
E. Merkblatt zur Datenverarbeitung für den Versicherungsnehmer und versicherte Personen	Seite 19
F. Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH	Seite 20
G. Auszüge aus den Gesetzen	Seite 21 und 22

Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats in Textform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters, als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Weitere Informationen zu Ihrem Antrag/Vertrag für die Unfallversicherung

Versicherbarkeit	Personen, die mit körperlichen Fehlern, Gebrechen oder Krankheiten behaftet sind oder Krankheit durchgemacht haben, die Rückfälle oder Verschlimmerungen durch einen Unfall befürchten lassen, werden unter Umständen nur zu einschränkenden Bedingungen und ggfs. gegen Beitragszuschlag versichert.
Gefahrengruppen	A gültig für Personen, die <ul style="list-style-type: none">– kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung (einschließlich Verwaltung in Bundeswehr, Zoll, Polizei, Justiz, Feuerwehr),– leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen,– im Verkauf, im Labor, in der Datenverarbeitung (EDV-Bereich),– im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege tätig sind. <ul style="list-style-type: none">– Anlagen / Maschinen elektronisch steuern,– keine berufliche Tätigkeit / Beschäftigung ausüben,– Hausfrauen, Rentner, Pensionäre, Schüler, Studenten.

<p>B gültig für Personen, die</p> <ul style="list-style-type: none"> – körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten, – Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten, – mit ätzenden, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten, – Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren, – Tiere behandeln oder pflegen, – im Truppen-, Einsatz oder Vollzugsdienst bei Zoll, Polizei, Justiz, Bundeswehr und Feuerwehr sind. <p>C gültig für Kinder, die bei Antragstellung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p> <p>Auszubildende und Umschüler sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf (Gefahrengruppe A oder B) einzustufen.</p> <p>Personen, die den Grundwehrdienst einschließlich des freiwilligen zusätzlichen Wehrdienstes oder Zivildienst ableisten bzw. an militärischen Reserveübungen teilnehmen, sind in die Gefahrengruppe einzustufen, die ihrer tatsächlichen beruflichen Tätigkeit entspricht.</p> <p>Nicht versichert werden können: Artisten, Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler, Munitionssuch- und Räumtrupps (auch Minen u.ä.), Rennfahrer, Rennreiter, Sprengpersonal, Berufstaucher, Tierbändiger, Vergnügungsgewerbe.</p> <p>Zweifel bei der Einstufung: Wenden Sie sich bitte an die Hauptverwaltung in Itzehoe, wenn Sie Zweifel bezüglich der Einstufung in die richtige Gefahrengruppe haben.</p>	
Tarifeinstufung	Maßgeblich ist bei der Tarifeinstufung nicht der erlernte Beruf, sondern der tatsächlich ausgeübte Beruf.
Berufsänderung	Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person(en) sind unverzüglich anzuzeigen (§ 6 AUB 2011); andernfalls können sich für sie nachteilige Folgen ergeben.

A. Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten

1. Identität des Versicherers	Ihr Vertragspartner ist die Itzehoer Versicherung / Brandgilde von 1691 Versicherungsverein a. G., Itzehoer Platz, 25521 Itzehoe. Sie ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Das zuständige Registergericht ist das Amtsgericht Pinneberg, die zugehörige Registernummer lautet HRB 0037 IZ.
2. Identität eines Vertreters in dem Mitgliedstaat der EU	Entfällt
3. Ladungsfähige Anschrift	Itzehoer Versicherung / Brandgilde von 1691 Versicherungsverein a. G., Itzehoer Platz, 25521 Itzehoe. Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Fred Hagedorn. Vorstand: Uwe Ludka (Vorsitzender), Frank Diegel, Frank Thomsen.
4. Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde	Das Geschäftsgebiet umfasst Deutschland und das Ausland. Der Itzehoer Versicherungsverein betreibt alle Versicherungszweige in der Erstversicherung, jedoch die Lebens-, Kranken-, Kredit- und Kautionsversicherung nur in der Rückversicherung. In der Kraftfahrtversicherung werden nicht versichert die Wagnisse des gewerblichen Güterfernverkehrs, der Kraftfahrzeughersteller, des Kraftfahrzeug-Handels und -Handwerks, Kraftomnibusse, Lehrlastkraftwagen und Selbstfahrervermietlastkraftwagen. In den von ihm nicht betriebenen Versicherungszweigen kann der Verein den Abschluss von Versicherungsverträgen vermitteln. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungswirtschaft, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.
5. Garantiefond oder andere Entschädigungsregelungen	Entfällt
6. Anwendbares Recht; wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung	Für den Vertrag gilt deutsches Recht. a) Versicherungsbedingungen Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011), Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung soweit vereinbart. b) Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers Der Versicherer bietet den versicherten Personen Versicherungsschutz bei Unfällen für die vereinbarten Leistungsarten. Der Leistungsumfang richtet sich nach den §§ 1 bis 9 AUB 2011 sowie den für den Vertrag vereinbarten Besonderen Bedingungen.
7. Gesamtpreis der Versicherung	Der zu zahlende Beitrag wird im Antrag, dem Versicherungsschein einschließlich evtl. Nachträgen genannt.

8. Zusätzliche Kosten	Abgesehen von den gesetzlichen Abgaben (z. B. Versicherungssteuer) werden berechnet: 1. Mahngebühren in Höhe von 3 €. 2. Gebühren für Rücklastschriften, die vom Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber verursacht wurden, entsprechend den im Einzelfall von dem Bankinstitut belasteten Gebühren. 3. Kosten, die entstehen, wenn der Versicherungsnehmer Abschriften der Erklärungen fordert, die er mit Bezug auf den Vertrag (insbesondere bei Antragstellung und im Schadenfall) abgegeben hat. Nebengebühren und weitere Kosten werden nicht erhoben. Insbesondere sind die Vermittler nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer noch irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen zu erheben.
9. Einzelheiten zum Beitrag	Beiträge zu langfristig abgeschlossenen Verträgen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich (nur mit erteiltem SEPA-Lastschriftmandat möglich) gezahlt werden. Bei kurzfristigen Verträgen ist generell ein Einmalbeitrag zu entrichten. Einzelheiten zur Fälligkeit der Beiträge sind geregelt in § 11 AUB 2011.
10. Befristung der Gültigkeitsdauer des Angebots	An Angebote sind wir grundsätzlich 14 Tage ab Erstellung gebunden. Dies gilt vorbehaltlich einer Tarifänderung bzw. einer Antrags- und Risikoprüfung.
11. Spezifische Preismerkmale	Die Versicherungsbeiträge werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen kalkuliert.
12. Zustandekommen des Vertrags	Der Vertrag kommt durch Annahme des Versicherungsantrags seitens des Versicherers (Versicherungsschein oder Annahmeerklärung) zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn, wenn der erste oder einmalige Beitrag rechtzeitig gezahlt wird.
13. Widerrufsrecht	Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten hat. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Itzehoer Versicherung / Brandgilde von 1691 Versicherungsverein a. G., Itzehoer Platz, 25521 Itzehoe. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 04821 773 - 8888. Widerrufsfolgen Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und die Itzehoer Versicherung erstattet dem Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenen Teil der Beiträge, wenn der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf die Itzehoer Versicherung in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich bei jährlicher Zahlungsperiode um 1/360, bei halbjährlicher Zahlungsperiode um 1/180, bei vierteljährlicher Zahlungsperiode um 1/90 und bei monatlicher Zahlungsperiode um 1/30 des im Versicherungsschein / Nachtrag angegebenen Beitrags gemäß Zahlungsperiode pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Hat der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz wirksam ausgeübt, ist er auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug auf dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden. Besondere Hinweise Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers sowohl vom Versicherungsnehmer als auch von der Itzehoer Versicherung vollständig erfüllt ist, bevor er sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.
14. Laufzeit des Vertrags 15. Kündigungsbedingungen	Der Vertrag ist zunächst für die im Versicherungsschein dokumentierte Dauer abgeschlossen. Beträgt die Dauer des Vertrags mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht durch Kündigung eines der beiden Vertragspartner zum Ablauf der vereinbarten Dauer gekündigt wurde. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf dem Vertragspartner zugegangen sein. Ein Versicherungsvertrag, der für eine Dauer von mehr als drei Jahren abgeschlossen wurde, kann zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf dem Vertragspartner zugegangen sein. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (wenn es sich um eine beantragte kurzfristige Versicherung handelt).
16. Anwendbares Recht	Für den Vertrag gilt deutsches Recht.
17. Gerichtsstand	Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
18. Vertragssprache	Die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.
19. Außergerichtliche Beschwerdestellen	Die Itzehoer ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und hat sich damit zu der Teilnahme an dem außergerichtlichen Schlichtungsverfahren des Versicherungsombudsmannes verpflichtet. Ist der Versicherungsnehmer als Verbraucher mit einer Entscheidung der Itzehoer Versicherung nicht einverstanden, kann er dieses kostenlose Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Anschrift lautet: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin. Telefon 0800 3696000 (kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz), Telefax 0800 3699000 (kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz) beschwerde@versicherungsombudsmann.de www.versicherungsombudsmann.de
20. Beschwerdemöglichkeit	Für Fragen zu den Verträgen stehen die Vermittler und die Mitarbeiter der Hauptverwaltung in Itzehoe zur Verfügung. Sollten Sie einmal mit der Bearbeitung Ihres Anliegens nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte direkt an die Hauptverwaltung. Sie können sich auch an die zuvor genannte außergerichtliche Beschwerdestelle oder die unter Nr. 4 genannte Aufsichtsbehörde wenden.

B. Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011)

- § 1 Umfang der Versicherung
- § 2 Versicherte Leistungen/ Leistungsvoraussetzungen
- § 3 Eingeschränkte Leistungen
- § 4 Entfällt
- § 5 Ausschlüsse
- § 6 Ende des Kinder-Tarif; Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- § 7 Obliegenheiten nach einem Unfall
- § 8 Folgen bei Nichtbeachtung von Obliegenheiten
- § 9 Fälligkeit von Leistungen
- § 10 Beginn und Ende der Haftung

- § 11 Beitragszahlung; Folgen bei verspäteter Beitragszahlung
 - § 11.2 Neukalkulation; Anpassung der bestehenden Verträge
 - § 12 Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander
 - § 13 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
 - § 14 Entfällt
 - § 15 Verjährung
 - § 16 Gerichtsstand
 - § 17 Anzeigen; Willenserklärungen; Anschriftenänderung
 - § 18 Anzuwendendes Recht
- Anhang 1: Berufsgruppe (B-/D-Tarif)**

§ 1 - Umfang der Versicherung

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags zustoßen.
2. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
4. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
5. Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn der Tod - nach einem vorausgegangenen Unfallereignis nach Ziffer 3 - durch
 - Eindringen von Flüssigkeiten in die Atemwege von außen (Ertrinken),
 - Exogenes Abschneiden der Sauerstoffzufuhr (Ersticken),
 - Absinken der Körpertemperatur (Erfrieren)
 verursacht wird.
6. Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (siehe § 3) sowie die Ausschlüsse (siehe § 5) wird besonders hingewiesen. Sie gelten für alle Leistungsarten.

§ 2 - Versicherte Leistungen/ Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungsarten, die vereinbart werden können, werden im folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

1. Invaliditätsleistung

1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität muss

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von vierundzwanzig Monaten nach dem Unfall von einem Arzt in Textform festgestellt und geltend gemacht sein.

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

1.2 Art und Höhe der Leistung:

1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person.

1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

1.2.2.1 Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm einschließlich Schultergelenk	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein einschließlich Hüftgelenk	70 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

Stimme	60 %
Eine Niere	20 %
Beide Nieren	100 %
Milz	10 %

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

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

1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 1.2.2.1 und Ziffer 1.2.2.2 zu bemessen.

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

1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leistet der Versicherer nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2. Übergangsleistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt - nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt. Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Sie ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Versicherer geltend zu machen.

2.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3. Entfällt

4. Krankenhaustagegeld

4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Für folgende stationäre Heilbehandlungen besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld:

- Rehabilitationsmaßnahmen
- Sanatoriumsbehandlungen
- Kur-Behandlungen
- Aufenthalte in Pflegeheimen (auch Kurzzeitpflege)

4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Für den 1. bis 100. Tag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung beträgt das Krankenhaustagegeld das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

5. Unfallrente

5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 1 und § 3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt. Vereinbarte besondere Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrads unberücksichtigt.

5.2 Höhe der Leistung:

Der Versicherer leistet unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt. Hat der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 % geführt, verdoppelt sich die zu leistende Unfallrente.



5.3 Beginn und Dauer der Leistung:

5.3.1 Die Unfallrente zahlt der Versicherer

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

5.3.2 Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach § 9 Ziffer 4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

6. Todesfallleistung

6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach § 7 Ziffer 5 wird besonders hingewiesen.

6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

§ 3 - Eingeschränkte Leistungen

Als Unfallversicherer leistet der Versicherer für Unfallfolgen.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich – im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrads, – im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

§ 4 - Entfällt

§ 5 - Ausschlüsse

1. Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach § 1 Ziffer 3 verursacht waren.

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

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs ausübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

2. Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen sowie die sich daraus ergebenden Gesundheitsschäden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach § 1 Ziffer 3 die überwiegende Ursache ist.

2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

2.4 Infektionen.

2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 2.3 Satz 2 entsprechend.

2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

§ 6 - Ende des Kinder-Tarifes; Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

1. Umstellung des Kinder-Tarifes

1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Der Versicherungsnehmer hat jedoch folgendes Wahlrecht:

- Zahlung des bisherigen Beitrags bei entsprechender Reduzierung der Versicherungssummen.
- Beibehaltung der bisherigen Versicherungssummen bei einem entsprechend höheren Beitrag.

1.2 Über das Wahlrecht wird der Versicherungsnehmer rechtzeitig informiert. Das Ergebnis der Wahl ist bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 mitzuteilen, ansonsten setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

2. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

2.1 Die Höhe der Versicherungssumme bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist das geltende Berufsgruppenverzeichnis des Versicherers und der Anhang 1 "Berufsgruppe (B-/D-Tarif)". Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person muss der Versicherungsnehmer unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese sobald dem Versicherer die Erklärung des Versicherungsnehmers zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

2.3 Auf Wunsch des Versicherungsnehmers wird der Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weitergeführt, sobald dem Versicherer die Erklärung des Versicherungsnehmers zugeht.

§ 7 - Obliegenheiten nach einem Unfall

(Bitte beachten Sie neben den Obliegenheiten auch die in den Bedingungen zu den einzelnen versicherten Leistungen aufgeführten Leistungsvoraussetzungen.)

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten.

2. Die Unfallanzeige muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und dem Versicherer unverzüglich zurücksenden; von dem Versicherer darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

3. Werden Ärzte vom Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalles trägt der Versicherer.

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

5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies dem Versicherer innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall dem Versicherer schon angezeigt war. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Ist die Todesfallleistung an die/den Erben des vertraglich Berechtigten zu erbringen, kann der Versicherer zum Nachweis der Erbenstellung auf Kosten der Erben die Vorlage eines Erbscheines verlangen.

*) Der Ersatz von Schäden durch Kernenergie richtet sich in Deutschland nach dem Atomgesetz. Die Betreiber von Kernanlagen sind zur Deckungsvorsorge verpflichtet und schließen hierfür Haftpflichtversicherungen ab.

§ 8 - Folgen bei Nichtbeachtung von Obliegenheiten

Wird eine Obliegenheit nach § 7 vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn er die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

§ 9 - Fälligkeit von Leistungen

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer
 - bei Invalidität bis zu 1 % der versicherten Summe,
 - bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
 - bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.
- Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

2. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat er sich mit dem Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, leistet der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

4. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- Dieses Recht muss
- vom Versicherer zusammen mit seiner Erklärung über die Leistungspflicht nach Ziffer 1,
 - vom Versicherungsnehmer spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

5. Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug ist der Versicherer berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

§ 10 - Beginn und Ende der Haftung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 111 Ziffer 2 zahlt.

2. Dauer und Ende des Vertrags

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsnehmer den Vertrag zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss dem Versicherer spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Jahres zugegangen sein.

3. Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können der Versicherungsnehmer oder der Versicherer durch Kündigung beenden, wenn der Versicherer eine Leistung erbracht oder der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben hat. Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei dem Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch den Versicherer wird einen Monat nach ihrem Zugang bei dem Versicherungsnehmer wirksam.

4. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

5. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

§ 11.1 - Beitragszahlung; Folgen bei verspäteter Beitragszahlung

1. Beitrag und Versicherungssteuer

1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag), durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

1.2 Versicherungssteuer

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

2. Fälligkeit und Folgen verspäteter Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrags

2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird sofort nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

2.3 Rücktritt

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

3. Fälligkeit und Folgen verspäteter Zahlung des Folgebeitrags

3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach Ziffer 3.3 und 3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

3.3 Kein Versicherungsschutz

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 3.2 Satz 2 darauf hingewiesen wurde.

3.4 Kündigung

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 3.2 Satz 2 darauf hingewiesen hat.

Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

4. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

4.1 Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer bzw. der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

4.2 Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers bzw. Kontoinhabers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

4.3 Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer bzw. der Kontoinhaber das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen hat oder hat der Versicherungsnehmer bzw. der Kontoinhaber aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

5. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

6. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer stirbt und – er bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte, – die Versicherung nicht gekündigt war und – sein Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, gilt folgendes:

6.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

§ 11.2 - Neukalkulation; Anpassung der bestehenden Verträge

1. Die Beiträge für bestehende Verträge werden unter Berücksichtigung der in den Kalkulationsgrundlagen niedergelegten Beitragsfaktoren (z. B. Schaden und Kostenaufwand, Bestandszusammensetzung, Stornoquote) für eine ausreichend große Anzahl gleichartiger Risiken eines Tarifes unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik kalkuliert.

2. Der Versicherer ist berechtigt und verpflichtet, die Beiträge für bestehende Verträge mindestens alle drei Jahre nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik zu überprüfen.

Bei der Überprüfung wird ermittelt, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob sie erhöht oder abgesenkt werden müssen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass

- der Versicherer seine Verpflichtungen aus den Verträgen dauerhaft erfüllen kann und
- das bei Vertragsschluss vorhandene Gleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung erhalten bleibt.

Bei der Beitragsüberprüfung werden ausschließlich Veränderungen der Entwicklung von Schadenaufwendungen (einschließlich der Kosten für die Erbringung von Hilfs-, Beratungs- und Pflegeleistungen durch externe Dienstleister) berücksichtigt, die seit der letzten Beitragskalkulation tatsächlich eingetreten sind und die bis zu der nächsten Überprüfung erwartet werden. Der Ansatz für Gewinn bleibt unverändert.

3. Ergibt die Kalkulation nach Absatz 2 höhere als die bisherigen Beiträge, ist der Versicherer berechtigt die bisherigen Beiträge um die Differenz anzuheben. Die neuen Beiträge dürfen, bei gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsumfang, nicht höher sein, als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge.

Ergibt die Kalkulation nach Absatz 2 niedrigere als die bisherigen Beiträge, ist der Versicherer verpflichtet, die bisherigen Beiträge um die Differenz abzusenken.

Liegt die Veränderung unter 5 % erfolgt keine Anpassung der Beiträge. Die festgestellte Abweichung ist dann bei der nächsten Anpassung zu berücksichtigen.

4. Die sich aufgrund der Neukalkulation ergebenden Beitragsveränderungen gelten mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres für bestehende Verträge.

5. Beitragserhöhungen, die sich aus der Neukalkulation ergeben, werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Erhöhung wirksam werden sollte. Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

Beitragsensenkungen gelten automatisch ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

§ 12 - Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander

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

2. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf seinen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

3. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 - Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

1. Gefahrumstände bei Vertragsschluss

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer ihn in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme des Versicherers Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich. Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

2. Rücktritt

2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats in Textform geltend machen. Dabei hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.

2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer kann sich auf sein Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

3. Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

3.1 Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich auf sein Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3.2 Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Der Versicherer muss die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats in Textform geltend machen. Dabei hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf er auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt. Der Versicherer kann sich auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherungsnehmers fristlos in Textform kündigen.

4. Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 14 - Entfällt

§ 15 - Verjährung

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
2. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 16 - Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

§ 17 - Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

1. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben. Sie sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung des Namens des Versicherungsnehmers.

§ 18 - Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Anhang 1: Berufsgruppen (B-/D-Tarif)

1. Berufsgruppe B

Die Beiträge für den B-Tarif gelten bei Personen ab dem 16. Lebensjahr (nicht Tarif für Kinder) unter folgenden Voraussetzungen:

- 1.1 Die versicherte Person ist
 - Beamter,
 - Richter,
 - Berufssoldat oder Soldat auf Zeit der Bundeswehr (nicht Teilnehmer am Bundesfreiwilligendienst),
 - Angestellter, Arbeiter oder Auszubildender bei einer der nachstehend aufgeführten juristischen Personen und Einrichtungen und ihre nicht selbstständige und der Lohnsteuer unterliegende Tätigkeit beansprucht mindestens 50 % der normalen Arbeitszeit.
- a) Gebietskörperschaft, Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des deutschen öffentlichen Rechts.
- b) Juristische Person des Privatrechts, die im Hauptzweck Aufgaben wahrnimmt, die sonst der deutschen öffentlichen Hand obliegen würden, wenn
 - an ihrem Grundkapital juristische Personen des öffentlichen Rechts mit mindestens 50 % beteiligt sind oder
 - sie Zuwendungen aus deutschen öffentlichen Haushalten zu mehr als der Hälfte ihrer Haushaltsmittel erhält (§ 23 Bundeshaushaltsordnung oder die entsprechenden haushaltsrechtlichen Vorschriften der Länder).
- c) Deutsche mildtätige und kirchliche Einrichtung (§§ 53, 54 Abgabenordnung).
- d) Gemeinnützig anerkannte deutsche Einrichtung (§ 52 Abgabenordnung), die im Hauptzweck der Gesundheitspflege und Fürsorge oder der Jugend- und Altenpflege dient oder die im Hauptzweck durch Förderung der Wissenschaft, Kunst, Religion, der Erziehung oder der Volks- und Berufsbildung dem Allgemeinwohl auf materiellem, geistigem oder sittlichem Gebiet nutzt.
- e) Selbsthilfeeinrichtung der Angehörigen des deutschen öffentlichen Dienstes.

1.2 Die versicherte Person ist Pensionär, Rentner oder beurlaubter Angehöriger des öffentlichen Dienstes, wenn sie die Voraussetzungen von 1.1 unmittelbar vor ihrem Eintritt in den Ruhestand bzw. vor ihrer Beurlaubung erfüllt hat und nicht anderweitig berufstätig ist.

1.3 Die versicherte Person ist eine nicht berufstätige versorgungsberechtigte Witwe (Witwer) von einem Beamten, Richter, Angestellten, Arbeiter, Berufssoldaten oder Soldaten auf Zeit der Bundeswehr, Pensionär oder Rentner, der jeweils bei seinem Tode die Voraussetzungen von 1.1 oder 1.2 erfüllt hat.

1.4 Die versicherte Person ist ein Familienangehöriger von einem Beamten, Richter, Angestellten, Arbeiter, Berufssoldaten oder Soldaten auf Zeit der Bundeswehr, Pensionär oder Rentner, der die Voraussetzungen von 1.1, 1.2 oder 1.3 erfüllt. Voraussetzung ist, dass der Familienangehörige nicht erwerbstätig ist und mit der vorher genannten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und von ihr unterhalten wird.

2. Berufsgruppe D

Die Beiträge für den D-Tarif gelten bei Personen ab dem 16. Lebensjahr (nicht Tarif für Kinder) unter folgenden Voraussetzungen:

- 2.1 Die versicherte Person ist Angestellter, Arbeiter oder Auszubildender (nicht Teilnehmer am Bundesfreiwilligendienst) bei einem der nachstehend genannten Unternehmen und ihre nicht selbstständige und der Lohnsteuer unterliegende Tätigkeit beansprucht mindestens 50 % der normalen Arbeitszeit.
 - a) Privatisierte, ehemals öffentlich-rechtliche Bank oder Sparkasse, wenn sie nicht bereits die Voraussetzungen der Berufsgruppe B erfüllt.
 - b) Andere privatisierte, ehemals öffentlich-rechtliche Einrichtung (z. B. Telekom, Deutsche Bahn, Deutsche Post, Postbank, Lufthansa) und deren Tochterunternehmen, wenn sie nicht bereits die Voraussetzungen der Berufsgruppe B erfüllt.
 - c) Sonstige Finanzdienstleistungs-, Wohnungsbau- oder Energieversorgungsunternehmen, Krankenhaus, Klinik, Sanatorium, Pflegeheim, kirchliche Einrichtung, sonstige mildtätige oder gemeinnützige Einrichtung, wenn sie nicht bereits die Voraussetzungen der Berufsgruppe B erfüllt (Wohnungsbauunternehmen nur, wenn an ihrem Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mindestens 50 % beteiligt sind).

2.2 Die versicherte Person ist Pensionär, Rentner oder beurlaubter Angehöriger des Unternehmens, wenn sie die Voraussetzungen von 2.1 unmittelbar vor ihrem Eintritt in den Ruhestand bzw. vor ihrer Beurlaubung erfüllt hat und nicht anderweitig berufstätig ist.

2.3 Die versicherte Person ist eine nicht berufstätige versorgungsberechtigte Witwe (Witwer) von einem Angestellten, Arbeiter, Pensionär oder Rentner, der jeweils bei seinem Tode die Voraussetzungen von 2.1 oder 2.2 erfüllt hat.

2.4 Die versicherte Person ist ein Familienangehöriger von einem Angestellten, Arbeiter, Pensionär oder Rentner, der die Voraussetzungen von 2.1, 2.2 oder 2.3 erfüllt. Voraussetzung ist, dass der Familienangehörige nicht erwerbstätig ist und mit der vorher genannten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt und von ihr unterhalten wird.

B

C. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung

Die Besonderen Bedingungen sind nur Vertragsbestandteil, wenn die der Besonderen Bedingung zugrundeliegende Leistung ausdrücklich beantragt wurde und die Besondere Bedingung im Versicherungsschein / Nachtrag beurkundet ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 225 % gelten, wenn diese bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein / Nachtrag ausgewiesen sind.

§ 2 Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen des § 2 Ziffer 1.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- Für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die doppelte Invaliditätssumme,
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrads die dreifache Invaliditätssumme.

Tabelle zur Ermittlung der Entschädigung für die progressive Invaliditätsversicherung (225 %)

Die nachstehende Tabelle gibt an, welcher Prozentsatz von der Grund-Versicherungssumme bei einem bestimmten Invaliditätsgrad in Frage kommt, d.h., sie drückt die progressiv ansteigende Entschädigung in Prozenten zur Grund-Versicherungssumme aus.

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 %

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 350 % gelten, wenn diese bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

§ 2 Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen des § 2 Ziffer 1.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Tabelle zur Ermittlung der Entschädigung für die progressive Invaliditätsversicherung (350 %)

Die nachstehende Tabelle gibt an, welcher Prozentsatz von der Grund-Versicherungssumme bei einem bestimmten Invaliditätsgrad in Frage kommt, d.h., sie drückt die progressiv ansteigende Entschädigung in Prozenten zur Grund-Versicherungssumme aus.

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 %

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 500 % gelten, wenn diese bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

§ 2 Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen des § 2 Ziffer 1.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Tabelle zur Ermittlung der Entschädigung für die progressive Invaliditätsversicherung (500 %)

Die nachstehende Tabelle gibt an, welcher Prozentsatz von der Grund-Versicherungssumme bei einem bestimmten Invaliditätsgrad in Frage kommt, d.h., sie drückt die progressiv ansteigende Entschädigung in Prozenten zur Grund-Versicherungssumme aus.

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (BB Zuwachsleistung 2011)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag gelten, wenn diese bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein / Nachtrag ausgewiesen sind.

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um 5 % zum Beginn des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 AUB 2011, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres (frühestens 1 Jahr nach dem Versicherungsbeginn) erhöht.
2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - Für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500 €.
 - Für die Unfallrente auf volle 10 €.
 - Für Krankenhaustagegeld auf volle 0,50 €.
 - Für die Übergangsleistung auf volle 50 €.
3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
4. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Vor dem Erhöhungstermin erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung in Textform über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von sechs Wochen nach Mitteilung in Textform widerspricht. Auf die Frist wird er hingewiesen.
5. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 AUB 2011 erfolgen.
6. Hat eine versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, erlischt die Besondere Bedingung für diese Person zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 AUB 2011. Eine Anpassung der Versicherungssummen erfolgt nicht mehr.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung für die Mitversicherung von Bergungskosten (BB Bergungs- / Rettungskosten 2011)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für die Mitversicherung von Bergungs- / Rettungskosten gelten als vereinbart, wenn im Versicherungsschein / Nachtrag eine Leistung ausgewiesen ist.

1. Art der Leistungen:
 - 1.1 Der Versicherer ersetzt nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
 - 1.2 Der Versicherer ersetzt die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
 - 1.3 Der Versicherer ersetzt den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
 - 1.4 Bei einem Unfall im Ausland ersetzt der Versicherer die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
 - 1.5 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzt der Versicherer die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzt der Versicherer die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
2. Höhe der Leistungen:
 - 2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt. Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungs- / Rettungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
3. Ausschluss der Dynamik:

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen (BB KosmOp 2011)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen gelten als vereinbart, wenn im Versicherungsschein/Nachtrag eine Leistung ausgewiesen ist.

1. Voraussetzungen für die Leistungen:
 - 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
 - 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
 - 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
2. Art und Höhe der Leistungen:
 - 2.1 Der Versicherer leistet insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
 - 2.2 Der Versicherer leistet nicht Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.
3. Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Heilberufe (BB Heilberufe 2011)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Heilberufe gelten als vereinbart, wenn diese bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein / Nachtrag ausgewiesen sind.

1. Abweichend von § 2 Ziffer 1.2.2.1 AUB 2011 gelten bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm, Arm einschließlich Schultergelenk oder Hand im Handgelenk	100 Prozent
Daumen oder Zeigefinger	60 Prozent
anderer Finger	20 Prozent
Bein, Bein einschließlich Hüftgelenk oder Fuß	70 Prozent
große Zehe	8 Prozent
andere Zehe	3 Prozent
Auge	80 Prozent
Gehör auf beiden Ohren	70 Prozent
2. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Musiker (BB Musiker 2011)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Musiker gelten als vereinbart, wenn diese bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein / Nachtrag ausgewiesen sind.

1. Abweichend von § 2 Ziffer 1.2.2.1 AUB 2011 gelten bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm, Arm einschließlich Schultergelenk oder Hand im Handgelenk	100 Prozent
Daumen oder Zeigefinger	60 Prozent
anderer Finger	20 Prozent
Bein, Bein einschließlich Hüftgelenk oder Fuß	70 Prozent
große Zehe	8 Prozent
andere Zehe	3 Prozent
Auge	80 Prozent
Gehör auf beiden Ohren	70 Prozent
2. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen von Ärzten, Zahnärzten, Zahn Technikern, Heilpraktikern, Hebammen und Entbindungspflegern, den Studenten der Medizin und der Zahnheilkunde, des Krankenpflegepersonals (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer), medizinisch-technischen Assistenten und Sprechstundenhilfen sowie von Tierärzten und Studenten der Tierheilkunde (BB Röntgen- und Laserstrahlen 2011)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen gelten bei Personen, die eine der vorstehend aufgeführten Tätigkeiten ausüben, als vereinbart.

1. Abweichend von § 5 Ziffer 2.2 AUB 2011 sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.
2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung von Ärzten, Zahnärzten, Zahn Technikern, Heilpraktikern, Hebammen und Entbindungspflegern, den Studenten der Medizin und der Zahnheilkunde, des Krankenpflegepersonals (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfern), medizinisch-technischen Assistenten und Sprechstundenhilfen sowie von Tierärzten und Studenten der Tierheilkunde sowie von Polizisten (BB Infektionen 2011)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für den Einschluss von Infektionen gelten bei Personen, die eine der vorstehend aufgeführten Tätigkeiten ausüben, als vereinbart.

Ergänzend zu § 5 Ziffer 2.4 AUB 2011 gilt:

1. Voraussetzungen für die Leistung:
 - 1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
 - 1.2 Aus
 - der Krankengeschichte,
 - dem Befund oder
 - der Natur der Erkrankunggeht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.
 - 1.3 Die Krankheitserreger sind entweder
 - durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
 - durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.
2. Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall:

Abweichend von § 2 Ziffer 1.1 AUB 2011 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektiöser bedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

 - innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt in Textform festgestellt und vom Versicherungsnehmer innerhalb von weiteren drei Monaten bei dem Versicherer geltend gemacht worden ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit PLUS-Leistungen

Diese Besonderen Bedingungen gelten nur als vereinbart, wenn die PLUS-Leistungen bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

Abweichend bzw. ergänzend zu den Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung gilt:

A Umfang der Leistungen

1. Rettung / Verteidigung von Menschenleben und Sachwerten

In Erweiterung von § 1 Ziffer 3 AUB 2011 gelten Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben und Sachwerten erleidet, als unfreiwillig erlitten.

2. Lebensmittelvergiftungen

In Abänderung von § 5 Ziffer 2.5 AUB 2011 sind Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert.

3. Krankenhaustagegeld bei ambulanter Erstversorgung

§ 2 Ziffer 4 AUB 2011 wird wie folgt erweitert:

Bei ambulanter Erstversorgung in einem Krankenhaus am Unfalltag wegen der Unfallfolgen wird ein Tagessatz des Krankenhaustagegeldes gezahlt.

4. Meldefrist des Todesfalls innerhalb von 48 Stunden ab Kenntnis

§ 7 Ziffer 5 AUB 2011 wird wie folgt erweitert:

Hat der Unfall den Tod zur Folge, gilt die Meldefrist von 48 Stunden bei Unfällen innerhalb Deutschlands; bei Unfällen im Ausland beginnt die Meldefrist mit Kenntnisnahme des Versicherungsnehmers bzw. des Bezugsberechtigten.

5. Übernahme aller ärztlichen Gebühren

In Erweiterung von § 9 Ziffer 1 AUB 2011 werden die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, in voller Höhe vom Versicherer übernommen.

6. Familienvorsorge für Kinder

6.1 Voraussetzungen und Höhe der Leistung:

Es gilt Vorsorgeschutz, wenn eine versicherte Person nach Vertragsabschluss ein Kind bekommt, und zwar für das Kind.

Die Versicherungssummen betragen

25.000 € für Unfall-Invalidität (ohne Mehrleistung und Progression)

2.500 € für Unfall-Todesfallleistung.

Der Vorsorgeschutz wird unter folgenden Voraussetzungen für die Dauer eines Jahres ab Geburt gewährt:

Der/die Versicherungsnehmer/in hat dem Versicherer die Geburt innerhalb von drei Monaten in Textform unter Vorlage der entsprechenden amtlichen Dokumente anzuzeigen.

Die Familienvorsorge für Unfall-Invalidität entfällt rückwirkend, wenn kein Vertrag über einen sich unmittelbar anschließenden Versicherungsschutz geschlossen wird. Sie kann auch nur einmal für das hinzukommende Kind in Anspruch genommen werden, selbst wenn mehrere Verträge bei dem Versicherer bestehen.

6.2 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssummen für Invalidität und Tod nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

7. Tauchtypische Gesundheitsschäden

In Ergänzung zu § 1 Ziffer 3 AUB 2011 besteht auch Versicherungsschutz für

- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie
- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

8. Reha-Leistung

8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

8.1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von § 1 AUB 2011 – wegen der durch das 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 vollstationäre Rehabilitations-Maßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden vom Versicherungsnehmer durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

8.1.2 Als Rehabilitations-Maßnahme gilt nicht eine stationäre Heilbehandlung, die mit einer stationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 2 Ziffer 4.1 AUB 2011 vergleichbar ist.

8.2 Höhe der Leistung:

Die Reha-Leistung wird in Höhe von 1.000 € einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird § 3 AUB 2011 berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei einem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Reha-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

8.3 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme für Reha-Leistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

9. Alkoholklausel 1,3 ‰

In Erweiterung von § 5 Ziffer 1.1 AUB 2011 besteht Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person – soweit diese auf Trunkenheit beruhen – sofern der festgestellte Blutalkoholgehalt 1,3 ‰ nicht übersteigt.

10. Zahnbehandlungs- und Zahnersatz-Kosten bis zu 5.000 €

In Erweiterung der Besonderen Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen (BBKosmOp 2011) leistet der Versicherer Ersatz für nachgewiesene Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide- und Eckzähnen entstanden sind, wenn bei dem Unfall weitere Verletzungen aufgetreten sind. Die Leistung ist auf maximal 5.000 € begrenzt.

B Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung/Ende des Kinder-Tarifes

1. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Für die Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen für die PLUS-Leistungen wird ein Beitrag abhängig von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung berechnet. In Abänderung von § 6 Ziffer 2 AUB 2011 wird bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person für den Beitragsanteil für diese PLUS-Leistungen der entsprechende Mehr- oder Minderbeitrag berechnet; eine Erhöhung oder Verminderung der Versicherungssummen der PLUS-Leistungen bei unverändertem Beitragsanteil ist nicht möglich.

2. Ende des Kinder-Tarifes

Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen für die PLUS-Leistungen endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Umstellung auf den Tarif für Erwachsene nach § 6 Ziffer 1 AUB 2011, spätestens mit dem Ende des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 AUB 2011, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet.

Der vereinbarte Beitrag reduziert sich um den Anteil, der für die PLUS-Leistungen berechnet wurde. Über eine Weiterführung der Besonderen Bedingungen für die PLUS-Leistungen muss eine gesonderte Vereinbarung mit dem Versicherer getroffen werden.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit EXTRA-PLUS-Leistungen für Erwachsene

Diese Besonderen Bedingungen gelten nur als vereinbart, wenn die EXTRA-PLUS-Leistungen bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

Abweichend bzw. ergänzend zu den Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung gilt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

A Umfang der Leistungen

1. PLUS-Leistungen

Die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit PLUS-Leistungen sind vereinbart.

2. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.1 Art der Verletzung und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu § 2 AUB 2011 zahlt der Versicherer nach einem Unfall eine Sofortleistung von 7.500 € bei folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks.
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand.
- Schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel oder
 - gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
Fraktur eines langen Röhrenknochens,
Fraktur des Beckens,
Fraktur der Wirbelsäule,
gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs.
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche.
- Erbblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen.
Bei Sehbehinderung: Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

2.2 Voraussetzungen für die Leistung:

2.2.1 Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 2.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 3 AUB 2011 entsprechende Anwendung.

2.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

2.2.3 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.

2.3 Mehrere Versicherungen:

Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.4 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme für die Sofortleistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3. Sofortleistung bei schweren Erkrankungen

3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

3.1.1 Der Versicherer zahlt eine Sofortleistung in Höhe von 7.500 € bei Eintritt der folgenden Erkrankungen:

- Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt).
- Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (Schlaganfälle).
- Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse (bei weiblichen versicherten Personen).
- Bösartige Neubildung des Hodens (bei männlichen versicherten Personen).
- Organtransplantation.

Definition zu den Erkrankungen nach diesen Bedingungen:

- Untergang eines Teiles des Herzmuskels als Folge einer unzureichenden Blutversorgung. Die Diagnose muss auf den folgenden Kriterien basieren:
 - Klinisches Erkrankungsbild eines Herzinfarktes.
 - Neue EKG-Veränderungen, die typisch für einen Herzinfarkt sind sowie die Erhöhung von kardialen Enzymen, einschließlich des Enzyms CK und dessen Fraktion CK-MB in Herzinfarkt typischem Verhältnis.

- Jedes zerebrovaskuläre Ereignis mit dauerhaften neurologischen Folgeerscheinungen, welche mehr als 24 Stunden andauern.

Eingeschlossen sind:

- Infarkt von Hirngewebe.
- Hirnblutung.
- Hirnembolie mit extrakraniellm Ursprung.

Ausgeschlossen sind

- Transitorische Ischämische Attacken (TIA).
- Hirnblutungen als Folge eines Unfalls.

- Manifestation einer bösartigen Neubildung der weiblichen Brustdrüse. Die bösartige Tumorerkrankung muss durch einen Facharzt (Histologe) bestätigt sein.

Ausgeschlossen sind:

- Histologisch beschriebene Präkanzerosen und in-situ Tumorerkrankungen.
- Bösartige Neubildungen bei HIV-Infektion.

- Manifestation einer bösartigen Neubildung des Hodens. Die bösartige Tumorerkrankung muss durch einen Facharzt (Histologe) bestätigt sein.

Ausgeschlossen sind:

- Histologisch beschriebene Präkanzerosen und in-situ Tumorerkrankungen.
- Bösartige Neubildungen bei HIV-Infektion.

- Durchführung einer Transplantation des Herzens, der Lunge, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Nieren oder von Knochenmark mit dem Status des Empfängers. Ausgeschlossen ist die Transplantation von Pankreaszellen.

3.1.2 Das Vorliegen einer schweren Erkrankung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 3.1.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten fachärztlichen Bericht nachzuweisen.

3.1.3 Der Anspruch entsteht 4 Wochen nach Diagnose. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Eintrittstage an gerechnet.

3.1.4 Der Versicherungsschutz tritt erst nach Ablauf einer Wartezeit von 3 Monaten ab Beginn der Mitversicherung aufgrund dieser Besonderen Bedingungen in Kraft.

3.1.5 Tritt der Tod krankheitsbedingt innerhalb von 4 Wochen nach dem Eintritt der Erkrankung ein, so besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung.

3.1.6 Die Versicherungsleistung wird nur einmal gezahlt, wenn eine der versicherten Erkrankungen - gleichgültig in welcher Form oder Schwere - wiederholt auftritt.

3.2 Ausschlüsse:

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Erkrankungen, die unter 3.1.1 genannt werden, wenn

3.2.1 diese auf dem Konsum von Alkohol, Drogen, anderen rausch- oder suchterzeugenden Stoffen oder auf dem Konsum von nicht ärztlich verordneten Medikamenten beruhen.

3.2.2 die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung bereits unter einer der versicherten Erkrankungen - gleichgültig in welcher Form oder Schwere - leidet oder gelitten hat.

3.2.3 an deren Entstehung ein gegenwärtiger oder in der Anamnese bestandener Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) und dessen Frühformen (zum Beispiel gestörte Glukosetoleranz) mit gewirkt haben.

3.2.4 die versicherte Person wegen dieser Erkrankung oder deren Vorstufen in den 2 Jahren vor Abschluss der Versicherung ärztlich behandelt oder untersucht wurde.

Auflistung der Vorstufen

zu a) Herzinfarkt: Diagnostizierte und/oder behandelte koronare Herzkrankheiten. Dieses sind Erkrankungen der Herzkranzgefäße, die den Herzmuskel mit Blut versorgen.

zu b) Schlaganfall: Diagnostizierte und/oder behandelte Transitorische Ischämische Attacken (TIA). Dieses sind neurologische Ausfälle bei Durchblutungsstörungen des Gehirns, welche von selbst innerhalb von 24 Stunden zurückgehen.

zu c) Bösartige Tumore der Brustdrüsen bei Frauen: Frühformen der bösartigen Tumorerkrankung/Carcinoma in situ. Ein Carcinoma in situ ist ein Oberflächenkarzinom.

zu d) Bösartige Tumore des Hodens bei Männern: Frühformen der bösartigen Tumorerkrankung/Carcinoma in situ. Ein Carcinoma in situ ist ein Oberflächenkarzinom.

zu e) Organtransplantation: Keine.

3.3 Mehrfache Versicherung:

Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Sofortleistung bei schweren Erkrankungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.4 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme für die Sofortleistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

C

4. Schmerzensgeld bei unfallbedingten Frakturen

4.1 Art und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu § 2 AUB 2011 zahlt der Versicherer ein Schmerzensgeld in Höhe von 250 € bei Eintritt einer unfallbedingten Fraktur eines Knochens, wenn die versicherte Person einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von § 1 AUB 2011 erlitten hat.

4.2 Voraussetzungen für die Leistung:

4.2.1 Das Vorliegen einer unfallbedingten Fraktur (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 4.1) ist durch ein objektives, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiertes ärztliches Attest nachzuweisen.

4.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Eintrittstage an gerechnet.

4.2.3 Das Schmerzensgeld wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird § 3 AUB 2011 berücksichtigt.

4.2.4 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Eintritt des Unfalls ein, so besteht kein Anspruch auf Schmerzensgeld.

4.3 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme für das Schmerzensgeld nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

5. Zeckenbiss

Für die Leistungsarten Invalidität (§ 2 Ziffer 1 AUB 2011), Unfallrente (§ 2 Ziffer 5 AUB 2011) und Tod (§ 2 Ziffer 6 AUB 2011) wird der Versicherungsschutz wie folgt erweitert:

5.1 Abweichend von § 1 Ziffer 3 und § 5 Ziffer 2.4 AUB 2011 gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Borreliose, Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

5.2 Abweichend von § 1 Ziffer 2 AUB 2011 wird bei Auslandsaufenthalten der versicherten Person Versicherungsschutz nur für Urlaubsreisen mit einer maximalen Dauer von 42 Tagen gewährt.

5.3 Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede vereinbarte Leistungsart (Invalidität, Unfallrente bzw. Tod) gesondert. Bei nachträglich eingeschlossenen Leistungsarten beginnt die Wartezeit mit Einschluss des neuen Risikos.

Für Ereignisse nach 5.1, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter 5.1 genannten Erreger und einer Invalidität ist von dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

5.4 Abweichend von § 7 Ziffer 1 AUB 2011 ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

6. Doppelte Todesfallleistung bei Unfalltod beider Elternteile

Werden beide versicherten Elternteile durch dasselbe Unfallereignis getötet und haben die bezugsberechtigten Kinder das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, verdoppelt sich die im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistung für den Todesfall. Der sich durch die Verdoppelung ergebende Betrag ist auf 40.000 € begrenzt.

7. Entfällt

8. Orthopädische Hilfsmittel

In Ergänzung zu § 2 AUB 2011 erstattet der Versicherer Kosten für orthopädische Hilfs- und Heilmittel, die die versicherte Person im Rahmen der unfallbedingten Heilbehandlung selbst aufwenden muss.

8.1 Höhe der Leistung:

Der Versicherer leistet insgesamt bis zu 1.000 € Ersatz für nachgewiesene Kosten für

- orthopädische Hilfsmittel,
- orthopädische Heilmittel,

die nicht oder nur teilweise von der Krankenversicherung oder einem anderen Ersatzpflichtigen übernommen werden.

Bestehen für die versicherte Person bei einem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

8.2 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat einen unter den Vertrag fallenden Unfall erlitten. Die Kosten für orthopädische Hilfsmittel sind der versicherten Person innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall entstanden und stehen in direktem Zusammenhang mit der medizinisch notwendigen unfallbedingten Heilbehandlung.

Die Voraussetzungen werden vom Versicherungsnehmer durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Die Höhe der entstandenen Kosten werden vom Versicherungsnehmer durch die Einreichung der Original-Rechnungen nachgewiesen.

8.3 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

9. Unfall durch Herzinfarkt oder Schlaganfall

In Abänderung von § 5 Ziffer 1.1 AUB 2011 besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden. Mitversichert sind nur die Unfallfolgen; die Gesundheitsschädigung durch den eigentlichen Herzinfarkt oder Schlaganfall ist nicht mitversichert.

10. Bauch- und Unterleibsbrüche

Abweichend von § 5 Ziffer 2.7 AUB 2011 besteht Versicherungsschutz auch bei durch einen Unfall nach § 1 Ziffer 3 und 4 AUB 2011 verursachten Bauch- und Unterleibsbrüchen.

11. Beratungsleistungen am Telefon

Die versicherte Person hat Anspruch auf bis zu 6 Telefonberatungen im Jahr mit einer jeweiligen Dauer von maximal 50 Minuten.

11.1 Psycho-soziale Telefonberatung

Die versicherte Person kann psycho-soziale Telefonberatung in Anspruch nehmen.

a) Art der Leistung:

Die Beratung erfolgt zu folgenden psychischen Belastungen und Erkrankungen der versicherten Person:

- Umgang mit Depressionen
- Partnerschaftsproblematik
- Konflikt- und Verhaltensmanagement
- Trennung / Scheidung
- Gewalterfahrungen
- Traumatischen Erfahrungen
- Lebenskrisen
- Kindererziehung
- Burnout Prophylaxe
- Umgang mit Stress.

Zusätzlich nach einem Unfall im Sinne von § 1 AUB 2011:

- Anerkennen und Verarbeiten des Geschehenen
- Bewältigung einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen und / oder Rehabilitation
- Umgang mit der Situation am Arbeitsplatz
- Auswirkung auf die Familie.

b) Voraussetzung für die psycho-soziale Telefonberatung:

Die versicherte Person ist einer der folgenden psychischen Belastungen oder Erkrankungen ausgesetzt:

- Depressive Verstimmung
- Angsterkrankung
- Burnout
- Suizidgedanken
- Umgang mit Stress
- Folgen von Missbrauchserfahrungen
- Posttraumatische Situationen
- Lebenskrise
- Gewalterfahrungen
- Soziale Isolierung
- Kommunikationsstörungen in der Partnerschaft
- Beziehungsschwierigkeiten
- Trennung oder Scheidung
- Erziehungsprobleme
- Belastungen aufgrund der Betreuung von älteren oder behinderten Angehörigen.

11.2 Gesundheitscoaching

Gesundheitscoaching für die Umsetzung von persönlichen „Projekten“ im Bereich der Gesundheit (Gewichtsreduzierung, Diät, Raucherentwöhnung, Sport und Ernährung).

11.3 Gesundheits- und Pflegeberatung

Beratungsgespräche rund um die Themen

- „Gesundheit“ (z. B. Informationen zu Krankheitsbildern, Vermittlung von Facharztterminen, Vakanzen in Kur- und Reha-Einrichtungen, Hilfe bei der Antragstellung usw.)
- „Pflege“ (z. B. Informationen zur Beantragung von Pflegegraden, Leistungen der Pflegeversicherung).

11.4 Psychotherapeuten-Suche

Vermittlung von ambulanten Psychotherapie-Plätzen zur Verkürzung von Wartezeiten inklusive telefonischer Begleitung zur Überbrückung.

11.5 We Care!

- Aktive Nachsorgeberatung nach einem schweren Unfall, wenn wir nach Eingang der Nachweise nach § 9 Absatz 1 AUB 2011 Rückstellungen von mehr als 25.000 € bilden (Nachfrage nach dem Befinden des Versicherten, Anbieten von konkreten Hilfestellungen).
- Beratung zu Ansprüchen gegenüber Leistungserbringern (Sozialversicherern, Agentur für Arbeit usw.).

11.6 Rund ums Kind

- Hilfe bei Erziehungsfragen und Unterstützung bei Schulproblematiken.
- Beratung zu den Themen „Schulwahl“ und „Auslandsaufenthalt“.
- Recherche von Kindertagesstätten und Freizeitangeboten.
- Tipps und Hinweise zur Auswahl geeigneter Tagesmütter (Qualifizierungsmerkmale, Zertifizierung, Mini-Job-Anmeldung).

11.7 Weitere Personen

Die Regelungen von 11.1, 11.3, 11.4 und 11.6 gelten auch für Familienangehörige der versicherten Person, wenn sie in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person leben.

B Ende des Versicherungsschutzes für EXTRA-PLUS-Leistungen

1. Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person

Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen für die EXTRA-PLUS-Leistungen endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit dem Ende des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 AUB 2011, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet. Gültigkeit behalten die Besonderen Bedingungen für die PLUS-Leistungen; der vereinbarte Beitrag reduziert sich entsprechend.

2. Kündigung zum Ende eines Versicherungsjahres

Versicherungsnehmer und Versicherer können die Besonderen Bedingungen für die EXTRA-PLUS-Leistungen unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform kündigen. Macht der Versicherer von diesem Recht Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit EXTRA-PLUS-Leistungen für Kinder

Diese Besonderen Bedingungen gelten nur als vereinbart, wenn die EXTRA-PLUS-Leistungen bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

Abweichend bzw. ergänzend zu den Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung gilt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

A Umfang der Leistungen

1. PLUS-Leistungen

Die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit PLUS-Leistungen sind vereinbart.

2. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.1 Art der Verletzung und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu § 2 AUB 2011 zahlt der Versicherer nach einem Unfall eine Sofortleistung von 7.500 € bei folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks.
 - Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand.
 - Schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen Ober-/ Unterarm, Ober-/ Unterschenkel oder
 - gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs.
 - Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche.
 - Erbblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen.
- Bei Sehbehinderung: Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

2.2 Voraussetzungen für die Leistung:

2.2.1 Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 2.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 3 AUB 2011 entsprechende Anwendung.

2.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

2.2.3 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.

2.3 Mehrere Versicherungen:

Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.4 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme für die Sofortleistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3. Sofortleistung bei schweren Erkrankungen

3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

3.1.1 Der Versicherer zahlt eine Sofortleistung in Höhe von 7.500 € bei Eintritt der folgenden Erkrankungen:

- Diabetes mellitus Typ I.
- Leukämie.
- Epilepsie.
- Organtransplantation.

Definition zu den Erkrankungen nach diesen Bedingungen:

- Diabetes mellitus Typ I ist der insulinpflichtige Diabetes eines Kindes.
- Leukämie ist ein unkontrolliertes Wachstum einzelner oder mehrerer Zellreihen des Blutes.

Ausgeschlossen sind bösartige Neubildungen bei HIV-Infektionen.

- Generalisierte, das heißt den ganzen Körper erfassende Krampfanfälle. Ausgeschlossen sind Fieberkrämpfe, Tics sowie kleine und umschriebene Krampfanfälle.

- Durchführung einer Transplantation des Herzens, der Lunge, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Nieren oder von Knochenmark mit dem Status des Empfängers.

Ausgeschlossen ist die Transplantation von Pankreaszellen.

3.1.2 Das Vorliegen einer schweren Erkrankung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 3.1.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten fachärztlichen Bericht nachzuweisen.

3.1.3 Der Anspruch entsteht 4 Wochen nach Diagnose. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Eintrittstage an gerechnet.

3.1.4 Der Versicherungsschutz tritt erst nach Ablauf einer Wartezeit von 3 Monaten ab Beginn der Mitversicherung aufgrund dieser Besonderen Bedingungen in Kraft.

3.1.5 Tritt der Tod krankheitsbedingt innerhalb von 4 Wochen nach dem Eintritt der Erkrankung ein, so besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung.

3.1.6 Die Versicherungsleistung wird nur einmal gezahlt, wenn eine der versicherten Erkrankungen - gleichgültig in welcher Form oder Schwere - wiederholt auftritt.

3.2 Ausschlüsse:

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Erkrankungen, die unter 3.1.1 genannt werden, wenn

3.2.1 diese auf dem Konsum von Alkohol, Drogen, anderen rausch- oder suchterzeugenden Stoffen oder auf dem Konsum von nicht ärztlich verordneten Medikamenten beruhen.

3.2.2 die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung bereits unter einer der versicherten Erkrankungen - gleichgültig in welcher Form oder Schwere - leidet oder gelitten hat.

3.2.3 die versicherte Person wegen dieser Erkrankung oder deren Vorstufen in den 2 Jahren vor Abschluss der Versicherung ärztlich behandelt oder untersucht wurde.

Auflistung der Vorstufen

zu a) Diabetes mellitus Typ I: Gestörte Glukosetoleranz (Stoffwechselstörung mit erhöhten Nüchtern-Blutzuckerwerten) und Hyperglykämie (erhöhte Nüchtern-Blutzuckerwerte).

zu b) Leukämie: Keine.

zu c) Epilepsie: Keine.

zu d) Organtransplantation: Keine.

3.3 Mehrfache Versicherung:

Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Sofortleistung bei schweren Erkrankungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.4 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme für die Sofortleistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

4. Verbesserte Gliedertaxe

Umfang der Leistung:

4.1 In Abänderung der Gliedertaxe von § 2 Ziffer 1.2.2.1 AUB 2011 gelten als feste Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit eines Armes, eines Armes einschließlich

Schultergelenk oder einer Hand im Handgelenk eines Daumens	80 %
eines Zeigefingers	25 %
eines Beines oder eines Beines einschließlich Hüftgelenk	15 %
eines Fußes im Fußgelenk	80 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf beiden Ohren	60 %
	70 %

4.2 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

5. Schmerzensgeld bei unfallbedingten Frakturen

5.1 Art und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu § 2 AUB 2011 zahlt der Versicherer ein Schmerzensgeld in Höhe von 250 € bei Eintritt einer unfallbedingten Fraktur eines Knochens, wenn die versicherte Person einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von § 1 AUB 2011 erlitten hat.

5.2 Voraussetzungen für die Leistung:

5.2.1 Das Vorliegen einer unfallbedingten Fraktur (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 5.1) ist durch ein objektives, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiertes ärztliches Attest nachzuweisen.

5.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Eintrittstage an gerechnet.

5.2.3 Das Schmerzensgeld wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird § 3 AUB 2011 berücksichtigt.

5.2.4 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Eintritt des Unfalls ein, so besteht kein Anspruch auf Schmerzensgeld.

5.3 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme für das Schmerzensgeld nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

6. Rooming-in-Kosten

Befindet sich ein im Rahmen des Vertrags versichertes Kind, welches das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nach einem Unfall im Sinne von § 1 AUB 2011 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein mitversicherter Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), erstattet der Versicherer pro Übernachtung einen Betrag von 25 €, längstens jedoch für 100 Tage.

7. Schulausfallgeld

Kann das versicherte Kind wegen eines Unfalls im Sinne von § 1 AUB 2011 nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlt der Versicherer ein Schulausfallgeld in Höhe von 25 € pro Tag.

Das Schulausfallgeld wird längstens für 20 Tage gezahlt. Ferien oder vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall. Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalls werden wie ein ununterbrochener Schulausfall betrachtet.

Der Anspruch auf Zahlung des Schulausfallgeldes ist unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und einer Bescheinigung der Schule zu begründen.

8. Zeckenbiss

Für die Leistungsarten Invalidität (§ 2 Ziffer 1 AUB 2011), Unfallrente (§ 2 Ziffer 5 AUB 2011) und Tod (§ 2 Ziffer 6 AUB 2011) wird der Versicherungsschutz wie folgt erweitert:

8.1 Abweichend von § 1 Ziffer 3 und § 5 Ziffer 2.4 AUB 2011 gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Borreliose, Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

8.2 Abweichend von § 1 Ziffer 2 AUB 2011 wird bei Auslandsaufenthalten der versicherten Person Versicherungsschutz nur für Urlaubsreisen mit einer maximalen Dauer von 42 Tagen gewährt.

8.3 Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede vereinbarte Leistungsart (Invalidität, Unfallrente bzw. Tod) gesondert. Bei nachträglich eingeschlossenen Leistungsarten beginnt die Wartezeit mit Einschluss des neuen Risikos.

Für Ereignisse nach 8.1, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter 8.1 genannten Erreger und einer Invalidität ist von dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

8.4 Abweichend von § 7 Ziffer 1 AUB 2011 ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

9. Orthopädische Hilfsmittel

In Ergänzung zu § 2 AUB 2011 erstattet der Versicherer Kosten für orthopädische Hilfs- und Heilmittel, die die versicherte Person im Rahmen der unfallbedingten Heilbehandlung selbst aufwenden muss.

9.1 Höhe der Leistung:

Der Versicherer leistet insgesamt bis zu 1.000 € Ersatz für nachgewiesene Kosten für

- orthopädische Hilfsmittel,
- orthopädische Heilmittel,

die nicht oder nur teilweise von der Krankenversicherung oder einem anderen Ersatzpflichtigen übernommen werden.

Bestehen für die versicherte Person bei einem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

9.2 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat einen unter den Vertrag fallenden Unfall erlitten. Die Kosten für orthopädische Hilfsmittel sind der versicherten Person innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall entstanden und stehen in direktem Zusammenhang mit der medizinisch notwendigen unfallbedingten Heilbehandlung.

Die Voraussetzungen werden vom Versicherungsnehmer durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Die Höhe der entstandenen Kosten werden vom Versicherungsnehmer durch die Einreichung der Original-Rechnungen nachgewiesen.

9.3 Ausschluss der Dynamik:

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

10. Bauch- und Unterleibsbrüche

Abweichend von § 5 Ziffer 2.7 AUB 2011 besteht Versicherungsschutz auch bei durch einen Unfall nach § 1 Ziffer 3 und 4 AUB 2011 verursachten Bauch- und Unterleibsbrüchen.

B Ende des Versicherungsschutzes für EXTRA-PLUS-Leistungen

Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen für die EXTRA-PLUS-Leistungen für Kinder (einschließlich der Besonderen Bedingungen für die PLUS-Leistungen) endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Umstellung auf den Tarif für Erwachsene nach § 6 Ziffer 1 AUB 2011, spätestens mit dem Ende des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 AUB 2011, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet.

Der vereinbarte Beitrag reduziert sich um den Anteil, der für die EXTRA-PLUS-Leistungen (einschließlich PLUS-Leistungen) berechnet wurde.

Über eine Weiterführung der Besonderen Bedingungen für die PLUS-Leistungen oder die Vereinbarung der Besonderen Bedingungen für die EXTRA-PLUS-Leistungen für Erwachsene muss eine gesonderte Vereinbarung mit dem Versicherer getroffen werden.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit LUX-Leistungen für Erwachsene

Diese Besonderen Bedingungen gelten nur als vereinbart, wenn die LUX-Leistungen bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein / Nachtrag ausgewiesen sind.

Abweichend bzw. ergänzend zu den Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung gilt für versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

A Umfang der Leistungen

1. EXTRA-PLUS-Leistungen

Die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit EXTRA-PLUS-Leistungen für Erwachsene sind vereinbart.

2. Infektionskrankheiten

Für die Leistungsarten Invalidität (§ 2 Ziffer 1 AUB 2011), Unfallrente (§ 2 Ziffer 5 AUB 2011) und Tod (§ 2 Ziffer 6 AUB 2011) wird der Versicherungsschutz wie folgt erweitert:

2.1 Abweichend von § 1 Ziffer 3 und § 5 Ziffer 2.4 AUB 2011 gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Fleckfieber, Gelbfieber, Lepra, Malaria, Pest, Pocken, Afrikanische Trypanosomiasis (Schlafkrankheit), Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).

Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.

2.2 Abweichend von § 1 Ziffer 2 AUB 2011 wird bei Auslandsaufenthalten der versicherten Person Versicherungsschutz nur für Urlaubsreisen mit einer maximalen Dauer von 42 Tagen gewährt.

Kein Versicherungsschutz besteht für Infektionen, die auf Verbreitung eines der vorstehend genannten Erreger auf Grund eines Terroraktes beruhen.

2.3 Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede vereinbarte Leistungsart (Invalidität, Tod bzw. Unfallrente) gesondert. Bei nachträglich eingeschlossenen Leistungsarten beginnt die Wartezeit mit Einschluss des neuen Risikos.

Für Ereignisse nach 2.1, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter 2.1 genannten Erreger und einer Invalidität ist von dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

2.4 Abweichend von § 7 Ziffer 1 AUB 2011 ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

3. Bewusstseinsstörungen infolge Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten

Abweichend von § 5 Ziffer 11 AUB 2011 gilt der Versicherungsschutz auch für Unfälle, die durch Bewusstseinsstörungen infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht werden.

Weiterhin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben die Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den Medikamentengebrauch selbst hervorgerufen werden.

4. Verbesserte Gliedertaxe

Umfang der Leistung:

4.1 In Abänderung der Gliedertaxe von § 2 Ziffer 1.2.2.1 AUB 2011 gelten als feste Invaliditätsgrade - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität - bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

einer Hand	60 %
eines Daumens	25 %
eines Zeigefingers	15 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Auges	60 %
des Geschmackssinns	10 %

4.2 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

5. Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen

5.1 Abweichend von § 5 Ziffer 2.2 AUB 2011 sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.

5.2 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

B Ende des Versicherungsschutzes für LUX-Leistungen

1. Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person

Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen für die LUX-Leistungen endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit dem Ende des Versicherungsjahres im Sinne von § 10 Ziffer 5 AUB 2011, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet.

Gültigkeit behalten die Besonderen Bedingungen für die PLUS-Leistungen; der vereinbarte Beitrag reduziert sich entsprechend.

2. Kündigung zum Ende eines Versicherungsjahres

Versicherungsnehmer und Versicherer können die Besonderen Bedingungen für die LUX-Leistungen unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform kündigen. Macht der Versicherer von diesem Recht Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen.

Besondere Bedingungen für Hilfs-Dienste nach einem Unfall für Erwachsene

Diese Besonderen Bedingungen gelten nur als vereinbart, wenn die Hilfs-Dienste nach einem Unfall bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein / Nachtrag ausgewiesen sind.

1. Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

1.1 Die versicherte Person

- befand sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und
- ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Sinne des nachstehenden Leistungskatalogs der Hilfe bedarf (Hilfebedürftigkeit).

Die Hilfebedürftigkeit ist beim Versicherer geltend gemacht worden.

1.2 Sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist, werden die Leistungen für eine Dauer von maximal 6 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, erbracht.

1.3 Bei der Hilfeleistung infolge unfallbedingter Hilfebedürftigkeit wird auf die Berücksichtigung einer Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen auch dann verzichtet, wenn der Mitwirkungsanteil 50 % und mehr beträgt.

1.4 Die Leistungen werden ausschließlich über eine vom Versicherer beauftragte Hilfsorganisation und nur innerhalb Deutschlands erbracht.

Kein Leistungsanspruch entsteht, wenn die versicherte Person selbst eine Hilfsorganisation auswählt sowie für die Zeit eines Auslandsaufenthaltes.

1.5 Wenn und soweit einzelne Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung/ Krankenversicherung erbracht werden, endet die Leistungspflicht des Versicherers.

Bestehen für die versicherte Person bei einem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können die Hilfsdienstleistungen nur aus einem der Verträge verlangt werden.

1.6 Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen notwendig sind, dem beauftragten Dienstleister gegenüber abzugeben.

2. Art und Umfang der Leistungen

2.1 Erstgespräch

Im Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der Hilfeleistungen festgestellt und die versicherte Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt wird über die Art und die Durchführung der Hilfeleistung informiert.

2.2 Hausnotruf

Soweit die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in die Wohnung der versicherten Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger oder Funkarmband installiert. Außerdem wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Rufzentrale mit Gesprächskontakt gewährleistet.

2.3 Mahlzeitendienst

Es erfolgt die Versorgung der versicherten Person mit sieben Hauptmahlzeiten nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) oder täglich warm angeliefert.

Diese Leistung kann nicht nur von der versicherten Person in Anspruch genommen werden, sondern auch von

- ihrem Partner (Ehepartner, Lebenspartner) oder minderjährigen Kindern (auch Pflegekinder), welche in Wohngemeinschaft mit der versicherten Person leben,
- pflegebedürftigen Personen (z. B. Eltern, Elternteil oder Schwiegereltern), die die versicherte Person vor dem Unfallereignis versorgt hat und die nun nicht anderweitig versorgt werden können.

2.4 Wohnungsreinigung

Der allgemein übliche Lebensbereich (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) wird einmal in der Woche gereinigt. Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

2.5 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu zweimal pro Woche durchgeführt. Zu den Besorgungen und Einkäufen zählen

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten, Bringen / Abholen von Wäsche bei einer Reinigung),
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

2.6 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Einmal wöchentlich wird bei Bedarf

- das Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen der Wäsche,
 - die Schuhpflege
- übernommen.

2.7 Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

Für eine Dauer von bis zu 4 Wochen wird die versicherte Person bei Bedarf bis zu zweimal wöchentlich zu Behördengängen, Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden und Ärzten unumgänglich ist. Die versicherte Person wird zum Termin gebracht und wieder abgeholt und bei Bedarf auch während des Termins begleitet.

2.8 Fahrdienst zu Ärzten, Krankenhäusern oder Behörden

Die versicherte Person wird bei Bedarf bis zu zweimal wöchentlich zu Behördengängen, Arztbesuchen und Krankenhäusern gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden, Ärzten oder in Krankenhäusern unumgänglich ist.

2.9 Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien

Die versicherte Person wird bei Bedarf bis zu zweimal wöchentlich zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.

2.10 Pflegeschule für Angehörige

Wird die versicherte Person von Angehörigen gepflegt, werden diese (maximal zwei Personen) für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

2.11 Grundpflege

Für eine Dauer von bis zu 4 Wochen erhalten bei Bedarf

- die versicherte Person und
- deren pflegebedürftige Lebenspartner oder Verwandten ersten Grades, die die versicherte Person bis zu dem Unfall gepflegt hat und hierzu unfallbedingt nicht mehr in der Lage ist,

eine Grundpflege.

Zu den Leistungen der Grundpflege zählen

- Körperpflege (inklusive Teil- oder Ganzwaschungen),
- Hilfe beim An- und Auskleiden,
- Hilfe beim Verrichten der Notdurft,
- Lagerung im Bett,
- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
- Zubereiten von Mahlzeiten,
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

2.12 24-Stunden-Pflegenotruf

Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege nach Ziffer 2.11 kann - soweit möglich - ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischiekt.

2.13 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung statt. Zur Pflegeberatung gehören

- Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeprobleme,
- Planung der Pflegeeinsätze,
- Hilfe bei der Wahl von notwendigen Pflegehilfsmitteln,
- Beratung zur Antragstellung und zu Leistungen der Pflegekassen.

2.14 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Es wird die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln (z. B. Krankbett, Rollstuhl, Gehhilfen) übernommen. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel sind nicht eingeschlossen.

2.15 Tag- und Nachtwache

Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

2.16 Familienassistance

Die versicherte Person erhält bei Bedarf für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts bis zu 8 Stunden pro Tag, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag, eine Familienbetreuung, sofern diese vor Ort angeboten werden kann. Ein Notfall liegt bei einem Betreuungsausfall innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles vor. Die Leistung der Familienbetreuung umfasst:

- Kinderbetreuung inklusive Freizeitgestaltung,
- Hausaufgabenbetreuung (nur Grundschule),
- Zubereitung und Hilfe bei den Mahlzeiten,
- Hilfe beim An-/ Auskleiden und bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art),
- Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren),
- Schuhpflege,
- Einkaufen und
- die übliche Erhaltungereinigung von Wohn-/ Schlafräumen, Küche, Bad und Toilette.

2.17 Gesundheitstelefon

Der versicherten Person steht eine Hotline für

- Gesundheitsfragen,
- Medikamentenverträglichkeit,
- Reisemedizinischen Fragestellungen und
- Strukturfragen (Suche von Ärzten, Fachärzten, Kliniken oder Apotheken) zur Verfügung. Eine ärztliche Behandlung (Videokonsultation) ist nicht eingeschlossen.

2.18 Krankenhaus-Assistance

Die versicherte Person kann in den ersten 5 Tagen eines unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalts Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen, wie z. B.

- Besorgung von notwendigen Utensilien oder
- Organisation von alternativen Mahlzeiten statt Krankenhauskost.

Die Kosten für die Utensilien und das Essen selbst sind nicht mit eingeschlossen.

2.19 Vermittlung von Reha Management

Nach erfolgter Bedarfsanalyse wird ein Reha-Manager für medizinisches, berufliches und soziales Reha-Case-Management in Deutschland vermittelt. Die Kosten für das Reha-Case-Management selbst und für Rehaleistungen sind nicht eingeschlossen

2.20 Vermittlung einer Tierbetreuung

Es wird einmalig eine Betreuung von gewöhnlichen Haustieren (z. B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) vermittelt. Die Kosten des Tiertransportes zur und von der Betreuungsstätte und der Betreuung selbst sind nicht eingeschlossen.

2.21 Vermittlung einer Beratung bei Umbau des Kraftfahrzeugs

Im Fall einer Dauerbehinderung der versicherten Person wird einmalig eine Beratung für den behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs vermittelt. Die Kosten des Umbaus selbst sind nicht eingeschlossen.

2.22 Vermittlung einer Beratung bei Umbau der Wohnung

Im Fall einer Dauerbehinderung der versicherten Person wird einmalig eine Beratung für den behindertengerechten Umbau der Wohnung vermittelt. Die Kosten des Umbaus selbst sind nicht eingeschlossen.

2.23 Vermittlung von Hausmeisterdiensten

Bei Bedarf wird die Vermittlung von Hausmeisterdiensten (z. B. für die Gartenpflege) übernommen. Die Kosten für den Hausmeisterdienst sind nicht eingeschlossen.

2.24 Vermittlung von mobilem Service für Nagel-/ Fußpflege oder Friseur

Einmal im Monat wird die Vermittlung von einem mobilen Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur übernommen, sofern dieser örtlich verfügbar ist. Die Kosten für die Pflege / den Friseur sind nicht eingeschlossen.

2.25 Vermittlung eines Pflegeplatzes

Im Notfall wird die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung übernommen. Die Kosten für die Unterbringung der versicherten Person sind nicht eingeschlossen.

Besondere Bedingungen für Mitglieder von Reitvereinen, die dem Pferdesportverband Schleswig-Holstein angehören

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung gelten nur als vereinbart, wenn sie im Versicherungsschein / Nachtrag ausgewiesen sind.

Ergänzend zu den Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung gilt:

Krankenhaustagegeld nach einem Reitunfall

§ 2 Ziffer 4 AUB 2011 wird wie folgt erweitert:

Für den 1. bis 100. Tag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung beträgt das Krankenhaustagegeld das Dreifache des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, wenn sich der Unfall beim Reiten eines Pferdes ereignet hat. Eingeschlossen sind auch Unfälle

- beim Auf- und Absitzen,
- während der Führung am Zügel oder
- anlässlich der Pflege und Versorgung eines Pferdes.

Besondere Bedingungen für das Bonuskundenprogramm

(Diese Besonderen Bedingungen gelten als vereinbart, wenn ein Bündelnachlass berücksichtigt wurde.)

Voraussetzungen für den Bündelnachlass sind:

- Für den Versicherungsnehmer bestehen mindestens drei aktive Versicherungsverträge bei dem Itzehoer Versicherungsverein und/oder der Itzehoer Lebensversicherungs-AG
- jeder der drei Verträge hat einen Beitrag von mindestens 50 € pro Kalenderjahr und
- die Verträge wurden nicht über den Direktvertrieb (AdmiralDirekt) abgeschlossen und decken mindestens drei der nachfolgend genannten Sparten ab: Kraftfahrt, Rechtsschutz, Allgemeine Haftpflicht, Allgemeine Unfall, Hausrat, Wohngebäude, Sonstige Sachversicherung, Lebensversicherung.

Die Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn diese Versicherungen

- auf den Namen des in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehepartners, eingetragenen Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder sonstigen Lebenspartners oder der in häuslicher Gemeinschaft lebenden Verwandten (z. B. Kinder oder Eltern) bestehen oder
- im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge von dem Arbeitgeber des Versicherungsnehmers abgeschlossen wurde und der Versicherungsnehmer versicherte Person ist.

Fällt eine dieser Voraussetzungen während der Vertragslaufzeit fort, entfällt dieser besondere Nachlass bei diesem Vertrag zur nächsten Beitragsfälligkeit. Der sich dann ergebende Beitrag ist der jeweiligen Beitragsrechnung zu entnehmen.

Der Bonuskundennachlass ist nicht möglich

- bei Verträgen, zu denen ein Kooperationsnachlass vereinbart wurde,
- bei Verträgen, die über Sonderkonzepte/Rahmenvereinbarungen abgeschlossen wurden.

D. Satzung

Name, Sitz, Zweck, Geschäftsbereich und Geschäftsjahr

§ 1

1. Der im Jahre 1906 gegründete Verein ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit und führt den Namen:
**Itzehoer Versicherung/Brandgilde von 1691
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit.**
2. Der Verein hat seinen Sitz in Itzehoe.
3. Der Verein betreibt alle Versicherungszweige in der Erstversicherung, jedoch die Lebens-, Kranken-, Kredit- und Kautionsversicherung nur in der Rückversicherung. In der Kraftfahrtversicherung werden nicht versichert die Wagnisse des gewerblichen Güterfernverkehrs, der Kraftfahrzeughersteller, des Kraftfahrzeug-Handels und -Handwerks, Kraftomnibusse, Lehr- und Lastkraftwagen und Selbstfahrervermietlastkraftwagen.
In den von ihm nicht betriebenen Versicherungszweigen kann der Verein den Abschluss von Versicherungsverträgen vermitteln.
4. Das Vereinsgebiet ist das Inland und Ausland.
5. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Bekanntmachungen

§ 2

Die Bekanntmachungen des Vereins werden in den öffentlichen Blättern veröffentlicht.

Mitgliedschaft

§ 3

1. Die Mitgliedschaft entsteht mit dem Beginn oder mit dem aufgrund gesetzlicher Bestimmungen erfolgten Übergang eines Versicherungsverhältnisses. Einen Versicherungsvertrag mit dem Verein können alle natürlichen und juristischen Personen abschließen.
2. Die Mitgliedschaft erlischt mit der Beendigung des Versicherungsvertrags. Ausscheidende Mitglieder verlieren alle auf der Mitgliedschaft beruhenden Rechte, sie haften jedoch für die Verbindlichkeiten des Vereins aus dem laufenden Geschäftsjahr.
3. Der Verein kann auch Versicherungen zu festem Beitrag abschließen, ohne dass die Versicherungsnehmer Mitglieder des Vereins werden. Der Umfang derartiger Versicherungsabschlüsse darf jedoch 20 % der jährlichen Gesamtbeitragseinnahme nicht übersteigen.

Organe des Vereins sind

§ 4

- A. der Vorstand,
- B. der Aufsichtsrat,
- C. die Hauptversammlung.

A. Der Vorstand

§ 5

1. Der Vorstand besteht aus mindestens 2 Personen, die vom Aufsichtsrat bestellt werden.
2. Der Vorstand leitet den Verein nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen, der Satzung und der vom Aufsichtsrat zu genehmigenden Geschäftsordnung.
3. Der Verein wird durch zwei Vorstandsmitglieder oder ein Vorstandsmitglied mit einem Prokuristen gerichtlich und außergerichtlich vertreten.
4. Ein zum Vorsitzenden des Vorstandes bestelltes Vorstandsmitglied hat nicht die alleinige Entscheidungsbefugnis. Bei Stimmgleichheit im Vorstand gibt seine Stimme den Ausschlag.

§ 6

1. Der Vorstand kann im Einvernehmen mit dem Aufsichtsratsvorsitzenden einen Beirat gründen.
2. Aufgabe des Beirates ist es, Vorstand und Aufsichtsratsvorsitzenden auf Wunsch in wichtigen geschäftspolitischen Fragen zu beraten und zu unterstützen und den Versicherungsgedanken in der Öffentlichkeit zu fördern.
3. Die Mitglieder des Beirates werden vom Vorstand im Einvernehmen mit dem Aufsichtsratsvorsitzenden berufen und abberufen; erneute Berufung ist zulässig. Ihre Amtszeit beträgt vier Jahre.
4. Der Vorstand kann im Einvernehmen mit dem Aufsichtsratsvorsitzenden eine Geschäftsordnung für den Beirat erlassen und setzt die Vergütung der Beiratsmitglieder fest.

B. Der Aufsichtsrat

§ 7

1. Der Aufsichtsrat besteht aus sechs von der Hauptversammlung gewählten Personen. Die Hauptversammlung kann gleichzeitig mit den ordentlichen Aufsichtsratsmitgliedern für ein bestimmtes oder für mehrere bestimmte Aufsichtsratsmitglieder ein Ersatzmitglied wählen, das für die Dauer der restlichen Amtszeit des ausscheidenden ordentlichen Mitglieds an dessen Stelle tritt.

2. Die Aufsichtsratsmitglieder werden bis zur Beendigung derjenigen Hauptversammlung gewählt, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach der Wahl beschließt. Hierbei wird das Geschäftsjahr, in dem gewählt wird, nicht mitgerechnet. Wird in Ermangelung eines Ersatzmitgliedes ein Aufsichtsratsmitglied an Stelle eines vorzeitig ausscheidenden Mitgliedes gewählt, so gilt sein Amt für den Rest der Amtsdauer des ausscheidenden Mitgliedes. Jedes Mitglied bzw. Ersatzmitglied des Aufsichtsrates kann, sofern nicht ein wichtiger Grund zur fristlosen Niederlegung des Amtes berechtigt, sein Amt unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand niederlegen.
3. Der Aufsichtsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und den ersten und zweiten Stellvertreter. Scheidet im Laufe der Wahlperiode der Vorsitzende oder einer der gewählten Stellvertreter aus seinem Amt aus, so hat der Aufsichtsrat innerhalb von sechs Monaten eine Neuwahl für den Ausgeschiedenen vorzunehmen.
4. Die Hauptversammlung setzt die Vergütung der Mitglieder des Aufsichtsrates durch Beschluss fest.
5. Alle Erklärungen des Aufsichtsrates werden namens des Aufsichtsrates von seinem Vorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter abgegeben.

§ 8

1. Beschlüsse des Aufsichtsrates werden in Sitzungen gefasst. Beschlussfassung in schriftlicher, fernmündlicher oder anderer gesetzlich zulässiger Form der Beschlussfassung ist zulässig, wenn kein Mitglied des Aufsichtsrates diesem Verfahren widerspricht.
2. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Der Aufsichtsrat fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden, bei Wahlen das Los den Ausschlag. Die Art der Abstimmung bestimmt der Vorsitzende. Bei Beschlussfassung in schriftlicher, fernmündlicher oder anderer gesetzlich zulässiger Form ist der Aufsichtsrat beschlussfähig, wenn alle Mitglieder zur Abstimmung aufgefordert worden sind und mindestens die Hälfte der Mitglieder an der Abstimmung teilnimmt. Der Beschluss wird mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Ja-Stimmen gefasst.
3. Über die Verhandlungen und Beschlüsse des Aufsichtsrates ist eine Niederschrift zu fertigen, die von dem Vorsitzenden oder einem Stellvertreter und einem weiteren Aufsichtsratsmitglied zu unterzeichnen ist.

§ 9

Die Einberufung der Sitzungen des Aufsichtsrates erfolgt durch den Vorsitzenden, im Verhinderungsfalle durch einen seiner Stellvertreter. Die Einberufung erfolgt schriftlich unter Mitteilung der Tagesordnung. In dringenden Fällen kann sie auch mündlich, fernmündlich oder in anderer gesetzlich zulässiger Form erfolgen.

§ 10

Der Aufsichtsrat hat die Befugnis, durch Geschäftsordnung oder durch Beschluss festzulegen, dass bestimmte Geschäfte nur mit seiner Zustimmung vom Vorstand vorgenommen werden dürfen. Insbesondere ist die Zustimmung des Aufsichtsrates erforderlich

1. zur Veräußerung und dinglichen Belastung sowie zum Erwerb von Grundeigentum;
2. zur Erteilung von Prokura;
3. zur Festsetzung der Nachschüsse.

C. Die Hauptversammlung

§ 11

1. Die Hauptversammlung ist die oberste Vertretung des Vereins. Sie besteht aus mindestens 40 und höchstens 48 Mitgliedervertretern, die sich auf die einzelnen Regionen des Geschäftsgebietes des Mitgliederverhältnisses entsprechend verteilen sollen. Jeder Mitgliedervertreter hat eine Stimme.
2. Mitgliedervertreter kann nur ein volljähriges, im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindliches Mitglied des Vereins werden.
3. Die Mitgliedervertreter werden von der Hauptversammlung auf höchstens 4 Jahre gewählt. Wiederwahl ist zulässig.

Alljährlich scheidet ein Viertel der Mitgliedervertreter mit dem Schluss der ordentlichen Hauptversammlung aus dem Amt aus.

Für innerhalb der Amtszeit ausscheidende Mitgliedervertreter erfolgt in der nächsten Hauptversammlung eine Zuwahl für den Rest der Amtszeit.

Für jede Wahl unterbreitet ein aus Mitgliedern des Vorstandes, des Aufsichtsrates und der Mitgliedervertreterversammlung bestehender Wahlausschuss einen Vorschlag.

4. Das Amt eines Mitgliedervertreter ist ein Ehrenamt und erlischt vor Ablauf der ordentlichen Amtszeit
 - durch Wegfall der Mitgliedschaft,
 - durch Eröffnung des Konkursverfahrens über sein Vermögen,
 - durch Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte,
 - durch Abwahl seitens der Hauptversammlung.

§ 12

1. Die Hauptversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitgliedervertreter anwesend ist.
2. Beschlüsse werden durch einfache Stimmenmehrheit gefasst, soweit sich aus dem Gesetz oder dieser Satzung nichts anderes ergibt. Bei Stimmengleichheit ist der Antrag abgelehnt.

Zur Änderung der Satzung sowie zur Verschmelzung oder Auflösung des Vereins ist eine Mehrheit von drei Viertel der in der Hauptversammlung abgegebenen Stimmen erforderlich.

Wahlen erfolgen mit Stimmzetteln, wenn nicht sämtliche anwesenden Mitgliedervertreter einem anderen Abstimmungsverfahren zustimmen.

Erhält bei einer Wahl niemand mehr als die Hälfte der abgegebenen gültigen Stimmen, so kommen die beiden Personen, die die meisten Stimmen erhalten haben, in die engere Wahl. Bei der engeren Wahl entscheidet einfache Stimmenmehrheit, bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

§ 13

1. Den Zeitpunkt und den Ort der Hauptversammlung bestimmt nach Anhören des Aufsichtsrates der Vorstand.
2. Die Einberufung einer außerordentlichen Hauptversammlung hat durch den Aufsichtsrat zu erfolgen, wenn das Interesse des Vereins es erfordert.
3. Die Hauptversammlung wird durch den Vorstand unter Mitteilung der Tagesordnung spätestens einen Monat vor der Versammlung durch Bekanntmachung in dem in § 2 genannten Blatt und durch schriftliche Benachrichtigung der Mitgliedervertreter einberufen.

§ 14

Die Hauptversammlungen werden durch den Vorsitzenden des Aufsichtsrates und bei seiner Verhinderung oder persönlichen Beteiligung durch einen der stellvertretenden Vorsitzenden geleitet. Sind der Vorsitzende und die stellvertretenden Vorsitzenden verhindert oder persönlich beteiligt, so übernimmt von den anderen Aufsichtsratsmitgliedern das dem Lebensalter nach älteste die Leitung.

§ 15

Die Hauptversammlung beschließt in den in Gesetz und Satzung bestimmten Fällen insbesondere über

- a) die Wahl der Mitgliedervertreter,
- b) die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder,
- c) die Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
- d) die Änderungen der Satzung,
- e) die Auflösung des Vereins.

Anträge der Mitgliedervertreter für die Hauptversammlung müssen spätestens zwei Wochen vor der Versammlung schriftlich beim Vorstand eingereicht sein.

§ 16

Rechte, die das Gesetz einer Minderheit von Mitgliedern der obersten Vertretung einräumt, stehen einem Fünftel der Mitgliedervertreter zu.

§ 17

Jedes Mitglied hat das Recht, Anträge an die ordentliche Hauptversammlung zu stellen. Diese müssen schriftlich bis zum 31. 01. beim Vorstand eingehen. Alle Mitglieder des Vereins haben das Recht, der Hauptversammlung als Zuhörer beizuwohnen.

Rechnungs- und Buchführungswesen

§ 18

Die Hauptversammlung beschließt alljährlich in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres über die Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates, über die Verwendung des Bilanzgewinns und in den im Gesetz vorgesehenen Fällen über die Feststellung des Jahresabschlusses.

Rücklagen

§ 19

1. Zur Deckung eines außerordentlichen Verlustes aus dem Geschäftsbetrieb ist eine Verlustrücklage zu bilden. Ihre Mindesthöhe soll 20 % der Beitrags-einnahme für eigene Rechnung betragen.

2. Der Verlustrücklage sind jährlich mindestens 25 % des Jahresüberschusses zuzuführen.
3. Ist die Mindesthöhe nach Ziffer 1 erreicht bzw. wieder erreicht, so sind der Verlustrücklage jährlich mindestens 20 % des Jahresüberschusses zuzuführen.
4. Neben der gesetzlichen Verlustrücklage kann eine freie Rücklage gebildet werden. Über Zuführungen beschließt die Hauptversammlung.

Deckung der Ausgaben und Verwendung der Überschüsse

§ 20

1. Die Mittel zur Deckung der Ausgaben bestehen in
 - a) den Beiträgen,
 - b) dem Ertrag von Kapitalanlagen,
 - c) der Verlustrücklage, die in einem Jahr nur bis zur Hälfte ihres Bestandes verbraucht werden darf; ihr Bestand darf die Höhe des gesetzlich vorgeschriebenen Garantiefonds nicht unterschreiten,
 - d) den freien Rücklagen.
2. Reichen in einem Jahr die Mittel von a) – d) nicht aus, so wird der Fehlbetrag durch Nachschüsse gedeckt, zu deren Entrichtung sämtliche Mitglieder im Verhältnis der im letzten Geschäftsjahr gezahlten Beiträge bis zum fünffachen ihres Jahresbeitrags verpflichtet sind.

§ 21

1. Die Hauptversammlung entscheidet über Beitragserhöhungen insoweit, als die Erhöhungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse erfolgen sollen.
2. Dies gilt nicht für Beitragserhöhungen, zu denen der Verein bereits aufgrund der Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt ist.

§ 22

1. Der nach Vornahme von Abschreibungen und Wertberichtigungen sowie nach Bildung von Rücklagen und Rückstellungen verbleibende Überschuss ist in voller Höhe der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuweisen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist ausschließlich zur Gewährung von Beitragsrückerstattungen bestimmt.
2. Die Beitragsrückerstattungen können für alle oder einzelne versicherte Wagnisse erfolgen. Alle Mitglieder, deren Versicherungsverhältnis im letzten Geschäftsjahr nicht schadenfrei verlaufen ist, können von der Beitragsrückerstattung ausgeschlossen werden, oder ihr Anteil kann auf den Betrag beschränkt werden, um den die Beitragsrückerstattung die Entschädigungsleistung des Vereins übersteigt. Im Laufe des Geschäftsjahres beigetretene oder ausgeschiedene Mitglieder sind von jeglicher Beitragsrückerstattung ausgeschlossen. In der Kraftfahrtversicherung können abweichend von Satz 3 auch im Laufe des Geschäftsjahres beigetretene oder ausgeschiedene Mitglieder bei der Beitragsrückerstattung berücksichtigt werden.

Vermögensanlage

§ 23

Die Anlage des Vermögens erfolgt nach den gesetzlichen Vorschriften und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen.

Änderung der Satzung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 24

1. Änderungen der Satzung werden von der Hauptversammlung beschlossen und bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Zur Vornahme von Satzungsänderungen, die nur die Fassung betreffen, ist der Aufsichtsrat ermächtigt.
2. Änderungen und Einführungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschließt der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates.

Auflösung des Vereins

§ 25

Der Beschluss über die Verschmelzung oder Auflösung des Vereins bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die bestehenden Versicherungsverhältnisse enden einen Monat nach der Veröffentlichung des genehmigten Auflösungsbeschlusses. Nach der Auflösung findet die Liquidation statt, die durch den Vorstand durchgeführt wird; es können auch besondere Liquidatoren bestellt werden. Nach Beendigung der Liquidation ist der Hauptversammlung eine Schlussrechnung zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen. Über die Verteilung des nach Erfüllung der Verbindlichkeiten verbleibenden Vermögens beschließt die Hauptversammlung.

E. Merkblatt zur Datenverarbeitung für den Versicherungsnehmer und versicherte Personen

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte teilen Sie diese Informationen gegebenenfalls auch weiteren versicherten Personen mit.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Itzehoer Versicherung/ Brandgilde von 1691 Versicherungsverein a. G. Itzehoer Platz 25521 Itzehoe Telefon 04821 773-0 Telefax 04821 773-8888 E-Mail: info@itzehoer.de.

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der vorher genannten Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutz@itzehoer.de.

I. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (sogenannter Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet auf unserer Homepage www.itzehoer.de unter dem Link „Datenschutz“ abrufen oder sich auf Wunsch per Post oder E-Mail zusenden lassen. Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir auch zur Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung beispielsweise zum Zwecke der Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Artikel 6 Absatz 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Artikel 9 Absatz 2 a) i. V. m. Artikel 7 DSGVO ein oder verarbeiten diese gemäß Artikel 9 Absatz 2 f) DSGVO. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Artikel 9 Absatz 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Artikel 6 Absatz 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und solche anderer Unternehmen der Itzehoer Versicherungsgruppe sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Auf der genannten Rechtsgrundlage nutzen wir die zu Ihrem Haushalt gespeicherten Daten zu Anzahl, Sparten und Laufzeit der Verträge, zu Beitragshöhe, Schäden und Zahlungsverhalten zudem zur Beurteilung des Zahlungsausfall- und Schadenrisikos. Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Artikel 6 Absatz 1 c) DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

II. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem oder mehreren Vermittlern betreut werden, verarbeitet Ihr oder verarbeiten Ihre Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer

Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister sowie im Schadenfall externer Sachverständiger. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer, Dienstleister und Sachverständigen, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Homepage www.itzehoer.de unter dem Link „Datenschutz“ abrufen oder sich auf Wunsch per Post oder E-Mail zusenden lassen.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

III. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

IV. Betroffenenrechte

Sie können unter der vorher genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

V. Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

VI. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) in Kiel.

VII. Quellen und Kategorien von verarbeiteten Daten, wenn diese nicht bei Ihnen erhoben wurden

Für die Vertrags- und gegebenenfalls Schadensbearbeitung verarbeiten wir zum Teil Daten, die wir nicht bei Ihnen erheben. Hierzu gehören zum einen die Fälle von Datenerhebungen aus Drittquellen gemäß Ziffern VIII und IX. Zum anderen gehören hierzu Fälle, in denen wir Daten über die Korrespondenz mit Sachverständigen, Zeugen oder aus polizeilichen Ermittlungsakten erheben. Kategorien dieser Daten sind Daten zur Risikoeinschätzung sowie zur Aufklärung und Bewertung eines Schadenssachverhalts. Im Falle von Personenschäden und unter der Voraussetzung einer Einwilligung oder auf gesetzlicher Grundlage gehören hierzu auch Gesundheitsdaten.

VIII. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmisbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH finden Sie unter Abschnitt F.

IX. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

F. Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrags oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage) können. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie gegebenenfalls von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgender Internetseite: www.informa-his.de.

I. Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

Die informa HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft. Sie verarbeitet darin personenbezogene Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und -schäden zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Versicherungsschadens bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

II. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 f) DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die informa HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrags oder über die Regulierung von Schäden. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

III. Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

IV. Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage oder der HIS-Einmeldung eines Versicherungsunternehmens werden von der informa HIS GmbH - abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte - die Daten der Anfrage oder Einmeldung mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende oder einmeldende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung durch ein Versicherungsunternehmen, über die Sie gegebenenfalls von diesem gesondert informiert werden, speichert die informa HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwernissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein. Zu Fahrzeugen sind gegebenenfalls z. B. Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung gespeichert. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

V. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

VI. Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gemäß Artikel 17 Absatz 1 a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit.

Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für die Speicherfristen bei HIS-Einmeldungen gilt:

- direkt personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen zehn Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

VII. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Artikel 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde - Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden - zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS, ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Artikel 21 Absatz 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die informa HIS GmbH dies gern mit. Sie können dort unentgeltlich eine sogenannte Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die informa HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (gegebenenfalls Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum.
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie gegebenenfalls Voranschriften der letzten fünf Jahre.
- Gegebenenfalls Fahrzeugidentifikationsnummer des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I. oder II. zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, das das Eigentum belegt (z. B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

Wenn Sie - auf freiwilliger Basis - eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der informa HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen.

Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: www.informa-HIS.de/selbstauskunft/ bei der informa HIS GmbH beantragen.

Kontaktdaten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

informa HIS GmbH
Kreuzberger Ring 68
65205 Wiesbaden
Telefon 0611 880870-0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der informa HIS GmbH ist zudem unter der vorher genannten Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar: his-datenschutz@informa.de.

G. Auszüge aus den Gesetzen

I. Sozialgesetzbuch V (SGB)

§ 28. Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum 30. Juni 2012 für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Absatz 6 a hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.

(4) (weggefallen)

II. Bundeshaushaltsordnung (BHO)

§ 23. Zuwendungen

Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen für Leistungen an Stellen außerhalb der Bundesverwaltung zur Erfüllung bestimmter Zwecke (Zuwendungen) dürfen nur veranschlagt werden, wenn der Bund an der Erfüllung durch solche Stellen ein erhebliches Interesse hat, das ohne die Zuwendungen nicht oder nicht im notwendigen Umfang befriedigt werden kann.

III. Abgabenordnung (AO)

§ 52. Gemeinnützige Zwecke

(1) Eine Körperschaft verfolgt gemeinnützige Zwecke, wenn ihre Tätigkeit darauf gerichtet ist, die Allgemeinheit auf materiellem, geistigem oder sittlichem Gebiet selbstlos zu fördern. Eine Förderung der Allgemeinheit ist nicht gegeben, wenn der Kreis der Personen, dem die Förderung zugute kommt, fest abgeschlossen ist, zum Beispiel Zugehörigkeit zu einer Familie oder zur Belegschaft eines Unternehmens, oder infolge seiner Abgrenzung, insbesondere nach räumlichen oder beruflichen Merkmalen, dauernd nur klein sein kann. Eine Förderung der Allgemeinheit liegt nicht allein deswegen vor, weil eine Körperschaft ihre Mittel einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zuführt.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 sind als Förderung der Allgemeinheit anzuerkennen:

1. die Förderung von Wissenschaft und Forschung;
2. die Förderung der Religion;
3. die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere die Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, auch durch Krankenhäuser im Sinne des § 67, und von Tierseuchen;
4. die Förderung der Jugend- und Altenhilfe;
5. die Förderung von Kunst und Kultur;
6. die Förderung des Denkmalschutzes und der Denkmalpflege;
7. die Förderung der Erziehung, Volks- und Berufsbildung einschließlich der Studentenhilfe;
8. die Förderung des Naturschutzes und der Landschaftspflege im Sinne des Bundesnaturschutzgesetzes und der Naturschutzgesetze der Länder, des Umweltschutzes, des Küstenschutzes und des Hochwasserschutzes;
9. die Förderung des Wohlfahrtswesens, insbesondere der Zwecke der amtlich anerkannten Verbände der freien Wohlfahrtspflege (§ 23 der Umsatzsteuer-Durchführungsverordnung), ihrer Unterverbände und ihrer angeschlossenen Einrichtungen und Anstalten;
10. die Förderung der Hilfe für politisch, rassisch oder religiös Verfolgte, für Flüchtlinge, Vertriebene, Aussiedler, Spätaussiedler, Kriegsoffer, Kriegshinterbliebene, Kriegsbeschädigte und Kriegsgefangene, Zivilbeschädigte und Behinderte sowie Hilfe für Opfer von Straftaten; Förderung des Andenkens an Verfolgte, Kriegs- und Katastrophenopfer; Förderung des Suchdienstes für Vermisste;
11. die Förderung der Rettung aus Lebensgefahr;
12. die Förderung des Feuer-, Arbeits-, Katastrophen- und Zivilschutzes so wie der Unfallverhütung;
13. die Förderung internationaler Gesinnung, der Toleranz auf allen Gebieten der Kultur und des Völkerverständigungsgedankens;
14. die Förderung des Tierschutzes;
15. die Förderung der Entwicklungszusammenarbeit;
16. die Förderung von Verbraucherberatung und Verbraucherschutz;
17. die Förderung der Fürsorge für Strafgefangene und ehemalige Strafgefangene;
18. die Förderung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern;
19. die Förderung des Schutzes von Ehe und Familie;
20. die Förderung der Kriminalprävention;
21. die Förderung des Sports (Schach gilt als Sport);
22. die Förderung der Heimatpflege und Heimatkunde;
23. die Förderung der Tierzucht, der Pflanzenzucht, der Kleingärtnerei, des traditionellen Brauchtums einschließlich des Karnevals, der Fastnacht und des Faschings, der Soldaten- und Reservistenbetreuung, des Amateurfunkens, des Modellflugs und des Hundessports;
24. die allgemeine Förderung des demokratischen Staatswesens im Geltungsbereich dieses Gesetzes; hierzu gehören nicht Bestrebungen, die nur bestimmte Einzelinteressen staatsbürgerlicher Art verfolgen oder die auf den kommunalpolitischen Bereich beschränkt sind;
25. die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements zugunsten gemeinnütziger, mildtätiger und kirchlicher Zwecke.

Sofern der von der Körperschaft verfolgte Zweck nicht unter Satz 1 fällt, aber die Allgemeinheit auf materiellem, geistigem oder sittlichem Gebiet entsprechend selbstlos gefördert wird, kann dieser Zweck für gemeinnützig erklärt werden. Die obersten Finanzbehörden der Länder haben jeweils eine Finanzbehörde im Sinne des Finanzverwaltungsgesetzes zu bestimmen, die für die Entscheidungen nach Satz 2 zuständig ist.

§ 53. Mildtätige Zwecke

Eine Körperschaft verfolgt mildtätige Zwecke, wenn ihre Tätigkeit darauf gerichtet ist, Personen selbstlos zu unterstützen,

1. die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands auf die Hilfe anderer angewiesen sind oder
2. deren Bezüge nicht höher sind als das Vierfache des Regelsatzes der Sozialhilfe im Sinne des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch; beim Alleinstehenden oder Alleinerziehenden tritt an die Stelle des Vierfachen das Fünffache des Regelsatzes. Dies gilt nicht für Personen, deren Vermögen zur nachhaltigen Verbesserung ihres Unterhalts ausreicht und denen zugemutet werden kann, es dafür zu verwenden. Bei Personen, deren wirtschaftliche Lage aus besonderen Gründen zu einer Notlage geworden ist, dürfen die Bezüge oder das Vermögen die genannten Grenzen übersteigen. Bezüge im Sinne dieser Vorschrift sind

a) Einkünfte im Sinne des § 2 Absatz 1 des Einkommensteuergesetzes und

b) andere zur Bestreitung des Unterhalts bestimmte oder geeignete Bezüge,

aller Haushaltsangehörigen. Zu berücksichtigen sind auch gezahlte und empfangene Unterhaltsleistungen. Die wirtschaftliche Hilfebedürftigkeit im vorstehenden Sinne ist bei Empfängern von Leistungen nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, des Wohngeldgesetzes, bei Empfängern von Leistungen nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes oder nach § 6a des Bundeskindergeldgesetzes als nachgewiesen anzusehen. Die Körperschaft kann den Nachweis mit Hilfe des jeweiligen Leistungsbescheids, der für den Unterstützungszeitraum maßgeblich ist, oder mit Hilfe der Bestätigung des Sozialleistungsträgers führen. Auf Antrag der Körperschaft kann auf einen Nachweis der wirtschaftlichen Hilfebedürftigkeit verzichtet werden, wenn auf Grund der besonderen Art der gewährten Unterstützungsleistung sichergestellt ist, dass nur wirtschaftlich hilfebedürftige Personen im vorstehenden Sinne unterstützt werden; für den Bescheid über den Nachweisverzicht gilt § 60a Absatz 3 bis 5 entsprechend.

§ 54. Kirchliche Zwecke

(1) Eine Körperschaft verfolgt kirchliche Zwecke, wenn ihre Tätigkeit darauf gerichtet ist, eine Religionsgemeinschaft, die Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, selbstlos zu fördern.

(2) Zu diesen Zwecken gehören insbesondere die Errichtung, Ausschmückung und Unterhaltung von Gotteshäusern und kirchlichen Gemeindehäusern, die Abhaltung von Gottesdiensten, die Ausbildung von Geistlichen, die Erteilung von Religionsunterricht, die Beerdigung und die Pflege des Andenkens der Toten, ferner die Verwaltung des Kirchenvermögens, die Besoldung der Geistlichen, Kirchenbeamten und Kirchendiener, die Alters- und Behindertenversorgung für diese Personen und die Versorgung ihrer Witwen und Waisen.