

Allgemeine Bedingungen zum Gruppenunfalltarif (MV-AUB 2012 Gruppe)

3 36 02 68/04 (01.15)

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung mit Sofortleistung
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfallleistung
 - 2.7 Unfallrente
 - 2.8 Kosmetische Operationen
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
9. Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
15. Welches Gericht ist zuständig?
16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
17. Welches Recht findet Anwendung?
18. Allgemeine Bestimmungen
19. Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe
20. Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe
21. Besondere Bedingungen für Berufsunfälle mit Weg
22. Besondere Bedingungen für Berufsunfälle ohne Weg
23. Kumulrisiko / Höchstentschädigung

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Versicherungsschutz besteht auch für

- tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen,
- sowie für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser,

auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

1.4 Vergiftungen

Bei Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu sieben Tagen ausgesetzt war.

1.5 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1.1.1 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 ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

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

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

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

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

- 2.1.2.2.2 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.

- 2.1.2.2.3 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 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

- 2.1.2.2.4 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.

- 2.1.2.3 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, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 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 von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.2.3 Sofortleistung

Die vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistung wird bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarkes,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche,
- Erbblindung auf beiden Augen,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (auch von zwei Organen oder von zwei Knochen, nicht jedoch von Elle und Speiche desselben Armes oder von Schien- und Wadenbein desselben Beines):
 - Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenringbruch,
 - gewebeerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren.

2.3 **Tagegeld**

- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagesgeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

das Tagesgeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4 **Krankenhaustagegeld**

2.4.1 Voraussetzung für die Leistung:

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

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaus-Tagesgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 750 Tage.

- 2.4.3 Eignet sich der Unfall im Ausland, verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für sieben Tage. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

2.5 **Genesungsgeld**

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.

- 2.5.2 Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 120 Tage.

2.6 **Todesfalleistung**

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Verschollenheit

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.6.3 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.7 **Unfallrente**

- 2.7.1 Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter des Versicherten die im Versicherungsschein festgelegte Unfallrente gezahlt.

- 2.7.2 Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

- 2.7.3 Dieser Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen Ziffer 2.1.2.2.1, Ziffer 2.1.2.2.2 und Ziffer 2.1.2.2.3, er kann gemäß Ziffer 9.4 auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Für die Feststellung des Invaliditätsgrades bleiben vereinbarte besondere Gliedertaxen unberücksichtigt.

- 2.7.4 Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessungen eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

- 2.7.5 Bei der Bemessung des für die Unfallrente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

2.7.6 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.8 Kosmetische Operationen

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.8.1.1 Die Unfallverletzungen der versicherten Person erfordern nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation.

2.8.1.2 Nachweis der angefallenen

- Arzthonorare
- sonstige Kosten der kosmetischen Operation
- Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

2.8.1.3 Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, müssen die Operation und die klinische Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt worden sein.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

2.8.2.1 Die nachgewiesenen Kosten werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme übernommen.

Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden insoweit übernommen, als es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt.

2.8.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an uns halten.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so vermindert sich entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens

- a) im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- b) im Falle der Übergangsleistung der Grad der Beeinträchtigung,
- c) in allen anderen Fällen die versicherte Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

4.1.1 Personen, die dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (Pflegestufe 2 und 3) sind. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

4.1.2 Personen, die aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können, sondern einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von Ziffer 4.1.1 und 4.1.2 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3 Der für die unter Ziffer 4.1.1 u. 4.1.2 genannten Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 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 verursacht waren.

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

5.1.3 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 siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursachte Unfälle

- a) innerhalb Deutschlands oder eines Staates, in dem sich die versicherte Person mehr als drei Monate aufhält,
- b) bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- c) bei aktiver Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg,
- d) durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
- e) im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind
- 5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlen-diagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 5.2.4 Infektionen
- 5.2.4.1 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.
- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut, Wundstarrkrampf
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- 5.2.4.3 Versicherungsschutz besteht jedoch für Zeckenstiche unter folgenden Voraussetzungen
- Der Ausbruch der Erkrankung fand frühestens 3 Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines statt
 - Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch einen Zeckenstich und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.
 - Abweichend von Ziffer 2.1.1.1. beginnen die dort genannten Fristen nicht mit dem Unfall (Zeckenstich), sondern mit der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.
- 5.2.4.4 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 entsprechend.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- 5.2.5.1 Mitversichert ist die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftungen).
- 5.2.5.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das zehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, werden jedoch Leistungen erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 5.3 Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen -Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

6. Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Ein freiwilliger zusätzlicher Wehrdienst (gemäß § 6b des Wehrpflichtgesetzes) gilt als Änderung der Berufstätigkeit

6.1.2 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, soweit sie die zum Umstellungszeitpunkt gültigen Versicherungshöchstsummen nicht überschreiten und sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

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

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

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

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

7.4 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.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

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

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

9. Wann sind die Leistungen fällig?

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

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

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernehmen wir

- bei Invalidität bis zu 1 % der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

- 9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir auf Ihren Wunsch angemessene Vorschüsse.
- Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4 Sie und wir 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 von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1, von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

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

Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.

Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:

- a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet,
- b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,
- c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist (Ziffer 2.1 MV-AUB 2008 Gruppe) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

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

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

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

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

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

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.2.3 Rücktritt

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

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

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des S. 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

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

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

- 13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- 14.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 14.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

15. Welches Gericht ist zuständig?

- 15.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein Versicherungsagent am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsagent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.
- 15.2 Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

16. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

- 16.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 16.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18. Allgemeine Bestimmungen

- 18.1 Die nachstehenden Leistungen gewähren wir gegen Nachweis ohne gesonderte Beitragsberechnung. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 18.2 Die nachstehenden Leistungen nehmen an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 18.3 Bergungs- und Transportkosten
6.000 EUR sind beitragsfrei mitversichert.

- 18.3.1 Folgende Kosten werden bei Unfällen der versicherten Person bis zur Höhe der Versicherungssumme von uns übernommen:
- a) für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze von organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) für den Transport in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
 - c) für Mehraufwendungen bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart erforderlich waren.
- 18.3.2 Die Kosten nach Ziffer 18.3.1 a) erstatten wir auch dann, wenn Sie dafür aufkommen mussten, obwohl die versicherte Person keinen Unfall erlitten hatte, aber ein Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 18.3.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie sich auch unmittelbar an uns halten.
- 18.3.4 Rücktransportkosten
- Die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz des Verletzten (oder zu einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus) erstatten wir bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 14 Tage dauert, auch ohne medizinische Notwendigkeit.
- 18.3.5 Überführung im Todesfall
- Stirbt die versicherte Person bei einem Unfall, sind die Kosten der Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz mitversichert.
- 18.4 Kosmetische Operationen
- Die in Ziffer 2.8 beschriebenen Leistungen sind bis zu einer Höhe von 6.000 EUR beitragsfrei mitversichert.
- 18.5 Kurbeihilfe
- 18.5.1 Wir zahlen eine Kurbeihilfe, wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt hat.
- 18.5.2 Die Leistung beträgt bei einem Kuraufenthalt von
- | | |
|----------------------------|-----------|
| - mindestens drei Wochen | 1.500 EUR |
| - mindestens vier Wochen | 1.750 EUR |
| - mindestens fünf Wochen | 2.000 EUR |
| - mindestens sechs Wochen | 2.250 EUR |
| - mindestens sieben Wochen | 2.500 EUR |
- Mehrere Kuraufenthalte wegen desselben Unfalles werden zusammengerechnet.
- 18.5.3 Bei einem mindestens dreiwöchigen Kuraufenthalt können Sie anstelle der pauschalen Kurbeihilfe nach Ziffer 18.5.2 die Erstattung der Ihnen tatsächlich entstandenen Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 4.000 EUR verlangen.

19. Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.

Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Aufgrund der festgestellten Kopfzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflonnenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersteren Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zu viel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

20. Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung an als versichert.

Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.

Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.

Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die

tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

21. Besondere Bedingungen für Berufsunfälle mit Weg

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle bei der beruflichen Tätigkeit für den Versicherungsnehmer. Unfälle auf den direkten Wegen zu und von der versicherten Tätigkeit sind eingeschlossen.

Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. durch Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

22. Besondere Bedingungen für Berufsunfälle ohne Weg

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle bei der beruflichen Tätigkeit für den Versicherungsnehmer. Unfälle auf den Wegen zu und von der versicherten Tätigkeit sind nicht eingeschlossen.

23. Kumulrisiko / Höchstentschädigung

Werden mehrere durch diesen Gruppenunfallversicherungsvertrag versicherte Personen verletzt oder getötet, so gelten EUR 2.000.000 als gesamte Höchstentschädigung für alle versicherten Personen anlässlich eines Schadenereignisses, oder einer zusammengehörenden Serie von Schäden, zusammen.

Als Serie von Schäden gelten alle Ereignisse, die dieselbe Ursache haben, einander gegenseitig beeinflussen oder im Zusammenhang ausgelöst werden.

Wird der vorgenannte Betrag überschritten, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle Versicherten.

Die für die Einzelpersonen vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.