

Verbraucherinformationen für Unfallversicherungen – Ausgabe 10 / 21 –

Inhalt:

Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht	Seite 2
Widerrufsbelehrung	Seite 3
A. Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten	Seite 4 und 5
B. Weitere Informationen zu dem Antrag/Vertrag für die Unfallversicherung	Seite 5
C. Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2021)	Seite 6 bis 13
D. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung	Seite 14 bis 22
E. Satzung	Seite 23 und 24
F. Merkblatt zur Datenverarbeitung für den Versicherungsnehmer und versicherte Personen	Seite 25
G. Informationen gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH	Seite 26
H. Auszüge aus den Gesetzen	Seite 27 und 28

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.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Itzehoer Versicherung/Brandgilde von 1691 Versicherungsverein a. G., Itzehoer Platz, 25521 Itzehoe oder per Telefax an 04821 773-8888 oder per E-Mail an info@itzehoer.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und die Itzehoer Versicherung hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, 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. Die Berechnung des entsprechenden Beitrags erfolgt anhand folgender Formel: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/365 des Jahresbeitrags. Die Itzehoer Versicherung hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrags wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung der Itzehoer Versicherung oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und der Itzehoer Versicherung betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auffistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt.

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Die Itzehoer Versicherung hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Beitrag nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Beitrags ermöglichen;
6. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrags sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Beitrags;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrags;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrags, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ihre Itzehoer Versicherung

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. Ladungsfähige Anschrift

Itzehoer Versicherung/Brandgilde von 1691 Versicherungsverein a. G.
Itzehoer Platz
25521 Itzehoe.

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Fred Hagedorn.

Vorstand: Uwe Ludka (Vorsitzender), Christoph Meurer, Frank Thomsen.

3. Hauptgeschäftstätigkeit

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 der Kraftfahrzeughersteller, des Kraftfahrzeug-Handels und -Handwerks, Kraftomnibusse und Lehrlastkraftwagen.

In den von ihm nicht betriebenen Versicherungszweigen kann der Verein den Abschluss von Versicherungsverträgen vermitteln.

4. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Versicherungsbedingungen

Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2021), die Besonderen 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 Ziffern 1 bis 9 AUB 2021 sowie den für den Vertrag vereinbarten Besonderen Bedingungen.

5. Gesamtpreis der Versicherung

Der zu zahlende Beitrag wird im Antrag, dem Versicherungsschein einschließlich eventueller Nachträge genannt.

6. Zusätzliche Kosten

Abgesehen von den gesetzlichen Abgaben (z. B. Versicherungssteuer) werden berechnet:

a) Mahngebühren in Höhe von 3 €.

b) Gebühren für Rücklastschriften, die vom Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber verursacht wurden, entsprechend den im Einzelfall von dem Bankinstitut belasteten Gebühren.

c) 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.

7. Einzelheiten zum Beitrag

Beiträge zu langfristig abgeschlossenen Verträgen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich (nur mit erteiltem SEPA-Mandat möglich) gezahlt werden.

Bei kurzfristigen Verträgen ist generell ein Einmalbeitrag zu entrichten.

Einzelheiten zur Fälligkeit der Beiträge sind geregelt in Ziffer 11.1 AUB 2021.

8. Befristung der Gültigkeitsdauer des Angebots

An Angebote ist die Itzehoer Versicherung grundsätzlich 14 Tage ab Erstellung gebunden. Dies gilt vorbehaltlich einer Tarifänderung bzw. einer Antrags- und Risikoprüfung.

9. 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.

10. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Die vollständige Widerrufsbelehrung über Ihr Widerrufsrecht, die Widerrufsfolgen und weitere besondere Hinweise finden Sie auf Seite 3 dieser Verbraucherinformationen für Unfallversicherungen.

11. Laufzeit des Vertrags und 12. Kündigungsbedingungen

Der Vertrag ist zunächst für die im Versicherungsschein dokumentierte Dauer abgeschlossen. Beträgt die Dauer des Vertrags 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 vom Versicherungsnehmer zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf dem Versicherer 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).

13. Anwendbares Recht für die vorvertraglichen Beziehungen und 14. Anwendbares Recht für den Vertragsabschluss

Sowohl für die Aufnahme der vorvertraglichen Beziehungen als auch für den Vertragsabschluss gilt deutsches Recht.

15. Vertragssprache

Die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

16. Außergerichtliches Beschwerdeverfahren

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.

Die Itzehoe ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V.. Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Die Anschrift lautet:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin.
Telefon: 01804 224-424 (kostenfrei aus dem deutschen Festnetz)
Telefax: 01804 224-425 (kostenfrei aus dem deutschen Festnetz)
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de

Wenn Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumer/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Sie können sich auch mit Ihrem Anliegen an die unter Nr. 17 genannte Aufsichtsbehörde wenden.

17. Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungswirtschaft
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

B. Weitere Informationen zu dem Antrag/Vertrag für die Unfallversicherung

Versicherbarkeit:

Personen, die mit körperlichen Fehlern, Gebrechen oder Krankheiten behaftet sind oder Krankheiten durchgemacht haben, die Rückfälle oder Verschlimmerungen durch einen Unfall befürchten lassen, werden unter Umständen nur zu einschränkenden Bedingungen und gegebenenfalls gegen Beitragszuschlag versichert.

Gefahrengruppen:

A gültig für Personen, die

- 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.

- Anlagen/Maschinen elektronisch steuern,

- keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben,
- Hausfrauen, Rentner, Pensionäre, Schüler, Studenten.

B gültig für Personen, die

- 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.

C gültig für Kinder, die

bei Antragstellung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Auszubildende und Umschüler sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf (Gefahrengruppe A oder B) einzustufen.

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.

Nicht versichert werden können:

Artisten, Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler, Munitionssuch- und Räumtrups (auch Minen u. ä.), Rennfahrer, Rennreiter, Sprengpersonal, Berufstaucher, Tierbändiger, Vergnügungsgewerbe.

Zweifel bei der Einstufung:

Wenden Sie sich bitte an die Hauptverwaltung der Itzehoe, wenn Sie Zweifel bezüglich der Einstufung in die richtige Gefahrengruppe haben.

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 (Ziffer 6.2 AUB 2021); andernfalls können sich für sie nachteilige Folgen ergeben.

C. Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2021)

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?	Seite 6
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	Seite 6
3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	Seite 8
4. Gestrichen	
5. Was ist nicht versichert?	Seite 8
6. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	Seite 9
7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	Seite 9
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	Seite 10
9. Wann sind die Leistungen fällig?	Seite 10

Die Vertragsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	Seite 10
--	----------

Der Versicherungsbeitrag

11.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	Seite 10
11.2 Wann und wie werden Beiträge neu kalkuliert und bestehende Verträge angepasst?	Seite 11
Weitere Bestimmungen	
12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	Seite 11
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	Seite 11
14. Gestrichen	
15. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	Seite 12
16. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	Seite 12
17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	Seite 12
18. Welches Recht findet Anwendung?	Seite 12
Anhang 1: Berufsgruppe (B-/D-Tarif)	Seite 13

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2021) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB 2021 daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre Itzehoer Versicherung

Wer ist wer?

- Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.
- Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung oder ungewollte Eigenbewegung

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

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

Beispiel für eine ungewollte Eigenbewegung: Die versicherte Person knickt beim Spazierengehen plötzlich um und verrenkt sich dabei das Sprunggelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisken an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Beispiel für eine erhöhte Kraftanstrengung: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Beispiel für eine ungewollte Eigenbewegung: Die versicherte Person stolpert plötzlich und zieht sich dabei einen Bänderriss zu.

Bandscheiben werden von dieser Regelung nicht erfasst.

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

Eine ungewollte Eigenbewegung ist eine plötzliche, im Verlauf nicht gänzlich willensgesteuerte Bewegung des täglichen Lebens mit normaler Kraftanstrengung.

1.4.2 Dämpfe und Gase

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinbar den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraums bis zu 7 Tage ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.3 Unfälle unter Wasser

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

- erstickt, ertrinkt, erfriert oder
 - einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.
- Beispiele: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen.*

1.4.4 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt, die sie bei (rechtmäßiger Verteidigung oder) der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

1.4.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

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

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
 - dauerhaft
- beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb

- von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt in Textform festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
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 der genannten Invaliditätsgrade.

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

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen und/oder verbesserte Gliedertaxen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt. Verstorbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3 analog.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Der Höchstbetrag für die Unfallrente beträgt je versicherter Person 6.000 € monatlich.

Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen mit Rentenleistungen werden diese bei der Bemessung des Höchstbetrags berücksichtigt.

Beispiel: Bei einer versicherten Rente von 1.000 € zahlen wir bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % eine monatliche Rente von 1.000 €.

2.2.2.1 Hat der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 % geführt, zahlen wir das Doppelte der vereinbarten Unfallrente.

Beispiel: Bei einer versicherten Rente von 1.000 € zahlen wir bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 90 % eine monatliche Rente von 2.000 €.

2.2.2.2 Sofern bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen, zahlen wir in Erweiterung zu Ziffer 2.2.1 und 2.2.2 ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad vom mindestens 35 % die Hälfte der vereinbarten Unfallrente.

Beispiel: Bei einer versicherten Rente von 1.000 € zahlen wir bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 35 % eine monatliche Rente in Höhe von 500 €.

2.2.2.3 Sofern bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen, zahlen wir in Erweiterung zu Ziffer 2.2.2 ab einem unfallbedingten Invaliditätsgrad vom mindestens 75 % das eineinhalbfache der vereinbarten Unfallrente.

Beispiel: Bei einer versicherten Rente von 1.000 € zahlen wir bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 % eine monatliche Rente von 1.500 €.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 %, beziehungsweise im Falle der ausdrücklichen Vereinbarung von Ziffer 2.2.2.2 unter 35 % gesunken ist.

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für den Rentenbezug zu prüfen. Dazu können wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern. Wenn Sie uns die Bescheinigungen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit so lange, bis uns die jeweilige Bescheinigung vorliegt.

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

- 2.3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt
- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - zu mindestens 50 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

2.3.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Entfällt

2.5 Krankenhaustagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten Operation.
Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.

Beispiel: Ambulante Operation eines Kreuzbandrisses.

oder

- befindet sich wegen einer nachgewiesenen Erkrankung mit COVID-19 (englisch: corona disease 2019, deutsch: Coronavirus-Krankheit-2019) nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Es besteht kein Versicherungsschutz für stationäre Aufenthalte, bei denen nicht die akute Heilbehandlung im Vordergrund steht, sondern die medizinische Rehabilitation. Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Nach einem versicherten Unfall zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung, längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls.
- für einen Tag bei ambulanter Erstversorgung im Krankenhaus.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

Bei einer nachgewiesenen Erkrankung mit COVID-19 zahlen wir das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung auf Grund der Erkrankung mit COVID-19, längstens für 3 Jahre ab dem Tag der ärztlichen Erstdiagnose der Erkrankung mit COVID-19.

Für den 1. bis 100. Tag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung und bei ambulanter Erstversorgung im Krankenhaus beträgt das Krankenhaustagegeld das Doppelte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

2.6 Todesfallleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen und für Zahnbehandlung/-ersatz

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation oder einer ärztlichen Behandlung von Zähnen unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

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

Die Behandlung der Schneide- und Eckzähne erfolgt

- durch einen Zahnarzt,
- bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Zähnen und
- bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war) oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- für 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 oder
- bei einem Unfall im Ausland für die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person oder
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz entstanden.

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

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3. Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, nehmen wir keine Minderung vor.

4. Gestrichen

5. Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele: Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.
- torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.
- balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme: Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

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.

Ausnahme: Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

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

Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger.

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter.

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

Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Ausnahme:

- Der Unfall wurde durch eine Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Deutschland verursacht, und
- die Veranstaltung hatte reinen Freizeitcharakter, und
- die versicherte Person ist kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

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

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2.4 Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitsregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch einen Zeckenstich mit Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME).
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

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

Beispiele:

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

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6. Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenen-Tarif um. Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

6.1.2 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist unser für Ihren Vertrag geltendes Berufsgruppenverzeichnis und der Anhang 1 „Berufsgruppen (B-/D-Tarif)“.

6.2.1 Mitteilung der Änderung

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

6.2.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

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

Der Leistungsfall

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

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

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

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

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

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

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstaustausch, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Ist die Todesfalleistung an die/den Erben des vertraglich Berechtigten zu erbringen, können wir zum Nachweis der Erbenstellung auf Kosten der Erben die Vorlage eines Erbscheins verlangen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den 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 die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, 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 für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

- bei Invaliditätsleistung bis zu 1 ‰ der versicherten Summe.
- bei Unfallrente bis zu einer Monatsrente.
- bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe.
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 1 % der jeweils versicherten Summe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme (Ziffer 2.6) beansprucht werden.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, fordern wir den überzahlten Betrag zurück.

Die Vertragsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen,

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben, oder
- wenn wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt haben, oder
- wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht.

Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres.

Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme: Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.1.2 Versicherungssteuer

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

11.1.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.1.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

11.1.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

11.1.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist.

Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.1.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.1.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.1.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.1.3.3).

11.1.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.1.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.1.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.1.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie bzw. der Kontoinhaber der Einziehung nicht widersprechen. Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie bzw. der Kontoinhaber es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.1.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

11.1.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:

11.1.6.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

11.2 Wann und wie werden Beiträge neu kalkuliert und bestehende Verträge angepasst?

11.2.1 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.

11.2.2 Wir sind 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

- wir unsere Verpflichtungen aus den Verträgen dauerhaft erfüllen können 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.

11.2.3 Ergibt die Kalkulation nach Ziffer 11.2.2 höhere als die bisherigen Beiträge, sind wir 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 Ziffer 11.2.2 niedrigere als die bisherigen Beiträge, sind wir 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.

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

11.2.5 Beitragserhöhungen, die sich aus der Neukalkulation ergeben, werden Ihnen spätestens einen Monat vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres mitgeteilt. Sie können 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.

Beitragssenkungen gelten automatisch ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugefallen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
 - aber noch vor Vertragsannahme
- in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich 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 Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Ziffern 13.1 bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14. Gestrichen

15. Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

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

15.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16. An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind! Sollte dies einmal nicht der Fall sein, nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit uns auf, damit wir die Angelegenheit klären können. Sie erreichen uns wie folgt:

Itzehoer Versicherung/Brandgilde von 1691 Versicherungsverein a. G.

Itzehoer Platz

25521 Itzehoe

Telefon: 04821 773-0

Telefax: 04821 773-8888

info@itzehoer.de.

Internet: www.itzehoer.de/service/kunden-center/lob-und-tadel/

Darüber hinaus haben Sie auch folgende Möglichkeiten:

16.1 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Telefon: 0800 3696000,

Telefax: 0800 3699000.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

16.2 Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Telefon: 0228 4108-0,

Telefax: 0228 41081-550.

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

16.3 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten:

16.3.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- Das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- Das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

16.3.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

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

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben. Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

18. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

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.

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.

D. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung

(Nur gültig, sofern ausdrücklich beantragt und im Versicherungsschein/Nachtrag beurkundet.)

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.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2021) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 AUB 2021 gilt:

Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 % aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt 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	310
35	55	54	120	73	215	92	320
36	58	55	125	74	220	93	330
37	61	56	130	75	225	94	340
38	64	57	135	76	230	95	350
39	67	58	140	77	235	96	360
40	70	59	145	78	240	97	370
41	73	60	150	79	245	98	380
42	76	61	155	80	250	99	390
43	79	62	160	81	255	100	400
44	82	63	165	82	260		

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 600 %

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 600 % gelten, wenn diese bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2021) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 AUB 2021 gilt:

Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 5 % aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 7 % aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 80 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 12 % aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	30	45	125	64	248	83	396
27	35	46	130	65	255	84	408
28	40	47	135	66	262	85	420
29	45	48	140	67	269	86	432
30	50	49	145	68	276	87	444
31	55	50	150	69	283	88	456
32	60	51	157	70	290	89	468
33	65	52	164	71	297	90	480
34	70	53	171	72	304	91	492
35	75	54	178	73	311	92	504
36	80	55	185	74	318	93	516
37	85	56	192	75	325	94	528
38	90	57	199	76	332	95	540
39	95	58	206	77	339	96	552
40	100	59	213	78	346	97	564
41	105	60	220	79	353	98	576
42	110	61	227	80	360	99	588
43	115	62	234	81	372	100	600
44	120	63	241	82	384		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 400 %

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Staffel 400 % gelten, wenn diese bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2021) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 AUB 2021 gilt:

Höhe der Leistung

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 3 % aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.

Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 90 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 10 % aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (BB Dynamik 2021)

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.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik).

1. Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung,
- Übergangsleistung,
- Unfallrente,
- Todesfallleistung,
- Krankenhaustagegeld.

2. Anpassung der Versicherungssummen

2.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 % zum Beginn des Versicherungsjahres. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

- für die Invaliditäts- und Todesfallleistung auf volle 500 €,
- für die Übergangsleistung auf volle 50 €,
- für die Unfallrente auf volle 10 €,
- für das Krankenhaustagegeld auf volle 0,50 €.

2.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

3. Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

4. Verfahren

4.1 Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine Mitteilung in Textform. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

4.2 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.

5. Ende der Dynamik

Hat eine versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, erlöschen diese Besonderen Bedingungen für den Vertrag zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.4 AUB 2021. Eine Anpassung der Versicherungssummen erfolgt nicht mehr.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung für die Bemessung des Invaliditätsgrads für Heilberufe (BB Heilberufe 2021)

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 Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2021 gelten bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %.

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 2021)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen gelten bei Personen, die eine der vorstehend aufgeführten Tätigkeiten ausüben, als vereinbart und wenn diese Besonderen Bedingungen bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

1. Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB 2021 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 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, Tierärzten und Studenten der Tierheilkunde sowie von beruflich tätigen Personen im Polizei-, Feuerwehr- und Rettungsdienst (BB Infektionen 2021)

Diese Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für den Einschluss von Infektionen gelten bei Personen, die eine der vorstehend aufgeführten Tätigkeiten ausüben, als vereinbart und wenn diese Besonderen Bedingungen bei Antragstellung ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

1. Voraussetzungen für die Leistung

Abweichend zu Ziffer 5.2.4 AUB 2021 gilt:

1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1.2 Die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:

- Beschädigung der Haut.
Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
- Plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.
Anhauchen, Anniesen oder Anhusten reichen nicht aus, außer bei Infektionen mit Diphtherie und Tuberkulose.

2. Erweiterte Fristen für Invaliditätsleistung und Unfallrente

Abweichend von den Ziffern 2.1.1.2 und 2.1.1.3 AUB 2021 gilt:

Die Invalidität aufgrund der Infektion ist innerhalb von 39 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten,
- von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- bei uns geltend gemacht worden.



Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit KOMFORT-Leistungen

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

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

1. Umfang der Leistungen

1.1 Vergiftungen durch Einnahme fester/flüssiger Stoffe

In Abänderung von Ziffer 5.2.5 AUB 2021 sind Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert.

Ausgeschlossen bleiben Alkoholvergiftungen und Vergiftungen durch berauschende Mittel und Medikamente.

1.2 Meldefrist des Todesfalls innerhalb von 48 Stunden ab Kenntnis

Ziffer 7.5 AUB 2021 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 dem Zeitpunkt, zu dem Sie bzw. die bezugsberechtigte Person Kenntnis vom Tod der versicherten Person erlangt hat.

1.3 Übernahme aller ärztlichen Gebühren

In Erweiterung von Ziffer 9.1 AUB 2021 werden die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, in voller Höhe von uns übernommen.

1.4 Familienvorsorge für Kinder

1.4.1 Voraussetzungen und Höhe der Leistung:

Es gilt Vorsorgeschutz, wenn eine versicherte Person nach Vertragsabschluss

- ein Kind bekommt,
- ein Kind adoptiert oder
- durch Heirat ein Stiefkind bekommt,

und zwar für das Kind, sofern es das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Versicherungssummen betragen

50.000 € für Unfall-Invalidität (ohne Progression) und

10.000 € für Unfall-Todesfallleistung.

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

Sie haben uns die Geburt/Adoption/Heirat innerhalb von drei Monaten in Textform unter Vorlage der entsprechenden amtlichen Dokumente angezeigt.

Die Familienvorsorge für Kinder 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 uns bestehen.

1.4.2 Ausschluss der Dynamik:

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

1.5 Reha-Tagegeld

1.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

1.5.1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2021
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet

eine medizinisch notwendige vollstationäre Rehabilitations-Maßnahme durchgeföhrt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

1.5.1.2 Als Rehabilitations-Maßnahme gilt nicht eine stationäre Heilbehandlung, die mit einer stationären Krankenhausbehandlung im Sinne von Ziffer 2.5.1 AUB 2021 vergleichbar ist.

1.5.2 Höhe der Leistung:

Das Reha-Tagegeld wird in Höhe von 30 € je Tag für bis zu 100 Tage einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2021 berücksichtigt.

1.5.3 Ausschluss der Dynamik:

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

1.6 Alkoholklausel 1,3 %

In Erweiterung von Ziffer 5.1.1 AUB 2021 besteht Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person - soweit diese auf Trunkenheit beruhen - sofern der festgestellte Blutalkoholgehalt 1,3 ‰ nicht übersteigt.

1.7 Impfschäden/Gesundheitsschädigungen durch Infektionen

1.7.1 Versicherungsumfang:

Abweichend von Ziffer 5.2.3 AUB 2021 sind Impfschäden mitversichert. Ein Impfschaden ist eine Gesundheitsschädigung durch eine Infektion, die durch eine

- gesetzlich vorgeschrieben
- oder
- behördlich empfohlene oder angeordnete
- oder
- ärztlich empfohlene

ordnungsgemäß durchgeführte Schutzimpfung entstanden ist und über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht.

1.7.2 Fristen für die Leistungsarten:

Die Fristen in den Ziffern 2 und 9.4 AUB 2021 oder in den Besonderen Bedingungen beginnen nicht mit der Durchführung der Impfung, sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Gesundheitsschädigung durch die Infektion durch einen Arzt.

1.8 Orthopädische Hilfs- und Heilmittel

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2021 erstatten wir Kosten für orthopädische Hilfs- und Heilmittel, die die versicherte Person im Rahmen der unfallbedingten Heilbehandlung selbst aufwenden muss.

1.8.1 Höhe der Leistung:

Wir leisten insgesamt bis zu 5.000 € 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 uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

1.8.2 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat einen unter den Vertrag fallenden Unfall erlitten.

Die Kosten für orthopädische Hilfs- und Heilmittel 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 von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Die Höhe der entstandenen Kosten werden von Ihnen durch die Einreichung der Original-Rechnungen nachgewiesen.

1.8.3 Ausschluss der Dynamik:

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

1.9 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch

1.9.1 Art und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2021 zahlen wir eine Sofortleistung in Höhe von 5.000 €, wenn die versicherte Person einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2021 einen Oberschenkelhalsbruch erlitten hat.

1.9.2 Voraussetzungen für die Leistung:

1.9.2.1 Das Vorliegen eines Oberschenkelhalsbruchs (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.9.1) ist durch ein objektives, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiertes ärztliches Attest nachzuweisen.

1.9.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von 24 Monaten, vom Eintrittstag an gerechnet.

1.9.2.3 Die Sofortleistung wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2021 berücksichtigt.

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

1.9.3 Ausschluss der Dynamik:

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

2. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung/Ende des Kinder-Tarifs

2.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Für die Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen für die KOMFORT-Leistungen wird ein Beitrag abhängig von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung berechnet. In Abänderung von Ziffer 6.2 AUB 2021 wird bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person für den Beitragsanteil für diese KOMFORT-Leistungen der entsprechende Mehr- oder Minderbeitrag berechnet; eine Erhöhung oder Verminderung der Versicherungssummen der KOMFORT-Leistungen bei unverändertem Beitragsanteil ist nicht möglich.

2.2 Ende des Kinder-Tarifs

Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen für die KOMFORT-Leistungen endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Umstellung auf den Erwachsenen-Tarif nach Ziffer 6.1 AUB 2021, spätestens mit dem Ende des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.4 AUB 2021, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet.

Der vereinbarte Beitrag reduziert sich um den Anteil, der für die KOMFORT-Leistungen berechnet wurde.

Über eine Weiterführung der Besonderen Bedingungen für die KOMFORT-Leistungen muss eine gesonderte Vereinbarung mit uns getroffen werden.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit TOP-Leistungen nach dem Erwachsenen-Tarif

Diese Besonderen Bedingungen gelten nur als vereinbart, wenn die TOP-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 16. Lebensjahr vollendet und die Unfallversicherung nach dem Erwachsenen-Tarif mit TOP-Leistungen versichert haben:

1. Umfang der Leistungen

1.1 KOMFORT-Leistungen

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

1.2 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

1.2.1 Art der Verletzung und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2021 zahlen wir nach einem Unfall eine Sofortleistung von 10.000 € bei folgenden schweren Verletzungen:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks.
 - b) Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand.
 - c) 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.
 - d) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche.
 - e) Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen.
- Bei Sehbehinderung: Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

1.2.2 Voraussetzungen für die Leistung:

1.2.2.1 Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.2.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Ziffer 3 AUB 2021 entsprechende Anwendung.

1.2.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von 24 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.

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

1.2.3 Mehrere Versicherungen:

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

1.2.4 Ausschluss der Dynamik:

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

1.3 Sofortleistung bei schweren Erkrankungen

1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

1.3.1.1 Wir zahlen eine Sofortleistung in Höhe von 10.000 € bei Eintritt der folgenden Erkrankungen:

- a) Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt).
- b) Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (Schlaganfälle).
- c) Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Brustkrebs).
- d) Bösartige Zellwucherung im Bereich des Gebärmutterhalses (Gebärmutterhalskrebs).
- e) Bösartiger Tumor der Eierstöcke (Eierstockkrebs).
- f) Bösartige Neubildung des Hodens (Hodenkrebs).
- g) Organtransplantation.

Definition zu den Erkrankungen nach diesen Bedingungen:

- a) Untergang eines Teiles des Herzmuskels als Folge einer unzureichenden Blutversorgung. Die Diagnose muss auf den folgenden Kriterien basieren:
 - Klinisches Krankheitsbild 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.

b) 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.

c) Manifestation einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse. Die bösartige Tumorerkrankung muss durch einen Facharzt (Histologie, mindestens Stadium I nach aktuell gültiger Stadieneinteilung der UICC) bestätigt sein.

Ausgeschlossen sind bösartige Neubildungen bei HIV-Infektion.

d) Manifestation einer bösartigen Zellwucherung im Bereich des Gebärmutterhalses. Die bösartige Zellwucherung muss durch einen Facharzt (Histologie, mindestens FIGO Stadium I, entsprechend der aktuell gültigen Auflage) bestätigt sein.

Ausgeschlossen sind bösartige Neubildungen bei HIV-Infektion.

e) Manifestation eines bösartigen Tumors der Eierstöcke. Die bösartige Tumorerkrankung muss durch einen Facharzt (Histologie, mindestens FIGO Stadium I, entsprechend der aktuell gültigen Auflage) bestätigt sein.

Ausgeschlossen sind bösartige Neubildungen bei HIV-Infektion.

f) Manifestation einer bösartigen Neubildung des Hodens. Die bösartige Tumorerkrankung muss durch einen Facharzt (Histologie, mindestens Stadium I nach aktuell gültiger Stadieneinteilung der UICC) bestätigt sein.

Ausgeschlossen sind bösartige Neubildungen bei HIV-Infektion.

g) 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.

1.3.1.2 Das Vorliegen einer schweren Erkrankung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.3.1.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten fachärztlichen Bericht nachzuweisen.

1.3.1.3 Der Anspruch entsteht 4 Wochen nach Diagnose. Er erlischt mit Ablauf von 24 Monaten, vom Eintrittstag an gerechnet.

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

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

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

1.3.2 Ausschlüsse:

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Erkrankungen, die unter 1.3.1.1 genannt werden, wenn

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

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

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

1.3.2.4 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 1.3.1.1

- 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: Frühformen der bösartigen Tumorerkrankung/Carcinoma in-situ. Carcinoma in-situ ist ein Oberflächenkarzinom.
- zu d) Bösartige Tumore des Gebärmutterhalses: Frühformen der bösartigen Tumorerkrankung/Carcinoma in-situ. Carcinoma in-situ ist ein Oberflächenkarzinom.
- zu e) Bösartige Tumore des Eierstöcke: Frühformen der bösartigen Tumorerkrankung/Carcinoma in-situ. Carcinoma in-situ ist ein Oberflächenkarzinom.
- zu f) Bösartige Tumore des Hodens: Frühformen der bösartigen Tumorerkrankung/Carcinoma in-situ. Carcinoma in-situ ist ein Oberflächenkarzinom.
- zu g) Organtransplantation: Keine.

1.3.3 Mehrfache Versicherung:

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

1.3.4 Ausschluss der Dynamik:

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

1.4 Schmerzensgeld bei unfallbedingten Frakturen, Muskel-, Bänder- und Sehnenrissen

1.4.1 Art und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2021 zahlen wir ein Schmerzensgeld in Höhe von 300 € bei Eintritt

- einer unfallbedingten Fraktur eines Knochens, oder
- eines unfallbedingten Muskel-, Bänder- und Sehnenrisses,

wenn die versicherte Person einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2021 erlitten hat.

1.4.2 Voraussetzungen für die Leistung:

1.4.2.1 Das Vorliegen einer unfallbedingten Fraktur oder eines unfallbedingten Muskel-, Bänder- und Sehnenrisses (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.4.1) ist durch ein objektives, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiertes ärztliches Attest nachzuweisen.

1.4.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von 24 Monaten, vom Eintrittstag an gerechnet.

1.4.2.3 Das Schmerzensgeld wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2021 berücksichtigt.

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

1.4.3 Ausschluss der Dynamik:

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

1.5 Infektionen nach Tierbissen/-stichen oder sonstigen geringfügigen Haut- oder Schleimhautverletzungen

1.5.1 Versicherungsumfang:

In Abänderung von Ziffer 5.2.4 AUB 2021 besteht Versicherungsschutz bei Infektionen (inklusive allergischer Reaktionen) aufgrund von:

- Tierbissen/-stichen (z. B. bei Borreliose aufgrund Zeckenbiss),
- sonstigen geringfügigen Haut- oder Schleimhautverletzungen (z. B. Blutvergiftung oder Sepsis durch Stich an einem Dorn).

1.5.2 Fristen für die Leistungsarten:

Die Fristen in den Ziffern 2 und 9.4 AUB 2021 oder in den Besonderen Bedingungen beginnen nicht mit dem Unfall (Zeckenbiss oder Insektenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

1.6 Doppelte Todesfallleistung bei Unfalltod beider Elternteile (Waisen-Schutz)

Werden beide versicherten Elternteile durch dasselbe Unfallereignis getötet und haben deren erberechtigte Kinder das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, verdoppelt sich die im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistung für den Todesfall. Voraussetzung für die Verdoppelung der Todesfallleistung ist, dass die Verstorbenen

- das andere versicherte Elternteil oder
- deren erberechtigtes Kind (Kinder)

als Bezugsberechtigten für die Unfallleistungen benannt hat. Der sich durch die Verdoppelung ergebende Betrag ist auf 40.000 € begrenzt.

1.7 Orthopädische Hilfs- und Heilmittel

In Erweiterung der Ziffer 1.8 der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit KOMFORT-Leistungen erstatten wir die dort beschriebenen Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 €.

Im Rahmen dieser Versicherungssumme leisten wir bis zu 1.000 € Ersatz auch für nachgewiesene Kosten für Osteopathie-, Heilpraktiker- und Akkupunkturleistungen, die nicht oder nur teilweise von der Krankenversicherung oder einem anderen Ersatzpflichtigen übernommen werden.

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

1.8 Unfall durch Herzinfarkt oder Schlaganfall

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2021 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.

1.9 Bauch-, Unterleibs- oder Knochenbrüche

In Erweiterung von Ziffer 1.4.1 AUB 2021 und abweichend von Ziffer 5.2.7 AUB 2021 besteht Versicherungsschutz auch, wenn die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine ungewollte Eigenbewegung einen Bauch-, Unterleibs- oder Knochenbruch erleidet.

1.10 Beratungsleistungen am Telefon

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

1.10.1 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 Ziffer 1 AUB 2021:

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

b) Voraussetzungen 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.

1.10.2 Gesundheitscoaching

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

1.10.3 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).

1.10.4 Psychotherapeuten-Suche

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

1.10.5 We Care!

- Aktive Nachsorgeberatung nach einem schweren Unfall, wenn wir nach Eingang der Nachweise nach Ziffer 9.1 AUB 2021 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.).

1.10.6 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).

1.10.7 Weitere Personen

Die Regelungen von 1.10.1, 1.10.3, 1.10.4 und 1.10.6 gelten auch für Familienangehörige der versicherten Person, wenn sie in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person leben.

1.11 Infektionskrankheiten

Für die Leistungsarten Invalidität (Ziffer 2.1 AUB 2021), Unfallrente (Ziffer 2.2 AUB 2021) und Tod (Ziffer 2.6 AUB 2021) wird der Versicherungsschutz wie folgt erweitert: **1.11.1** Abweichend von Ziffer 1.3 und Ziffer 5.2.4 AUB 2021 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.

1.11.2 Abweichend von Ziffer 1.2 AUB 2021 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.

1.11.3 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 1.11.1, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter 1.11.1 genannten Erreger und einer Invalidität ist von Ihnen oder der versicherten Person durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen.

1.11.4 Abweichend von Ziffer 7.1 AUB 2021 sind wir unverzüglich zu unterrichten, nachdem die Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

1.12 Bewusstseinsstörungen infolge Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2021 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.

1.13 Verbesserte Gliedertaxe

1.13.1 In Abänderung der Gliedertaxe von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2021 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 %.

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

1.14 Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen

1.14.1 Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB 2021 sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.

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

1.15 Erhöhtes Krankenhaustagegeld

In Abänderung von Ziffer 2.5 AUB 2021 zahlen wir bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung für den 1. bis 100. Tag das Vierfache des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, wenn sich der Unfall

- im Ausland ereignet hat und der anschließende stationäre Krankenhausaufenthalt ebenfalls im Ausland erfolgt
oder
- bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels ereignet hat.

Bei Unfällen bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln im Ausland wird das Vierfache Krankenhaustagegeld nur einmal gezahlt.

2. Ende des Versicherungsschutzes für TOP-Leistungen

2.1 Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person

Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen für die TOP-Leistungen endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit dem Ende des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.4 AUB 2021, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.

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

2.2 Kündigung zum Ende eines Versicherungsjahres

Sie und wir können die Besonderen Bedingungen für die TOP-Leistungen unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch Erklärung in Textform kündigen.

Machen wir von diesem Recht Gebrauch, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Erklärung zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit TOP-Leistungen nach dem Kinder-Tarif

Diese Besonderen Bedingungen gelten nur als vereinbart, wenn die TOP-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 und die Unfallversicherung nach dem Kinder-Tarif mit TOP-Leistungen versichert haben:

1. Umfang der Leistungen

1.1 KOMFORT-Leistungen

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

1.2 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

1.2.1 Art der Verletzung und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2021 zahlen wir nach einem Unfall eine Sofortleistung von 10.000 € 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.

1.2.2 Voraussetzungen für die Leistung:

1.2.2.1 Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.2.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Ziffer 3 AUB 2021 entsprechende Anwendung.

1.2.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von 24 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.

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

1.2.3 Mehrere Versicherungen:

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

1.2.4 Ausschluss der Dynamik:

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

1.3 Sofortleistung bei schweren Erkrankungen

1.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

1.3.1.1 Wir zahlen eine Sofortleistung in Höhe von 10.000 € bei Eintritt der folgenden Erkrankungen:

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

Definition zu den Erkrankungen nach diesen Bedingungen:

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

Ausgeschlossen sind bösartige Neubildungen bei HIV-Infektionen.

c) Generalisierte, das heißt den ganzen Körper erfassende Krampfanfälle.

Ausgeschlossen sind Fieberkrämpfe, Tics sowie kleine und umschriebene Krampfanfälle.

d) 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.

1.3.1.2 Das Vorliegen einer schweren Erkrankung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.3.1.1) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten fachärztlichen Bericht nachzuweisen.

1.3.1.3 Der Anspruch entsteht 4 Wochen nach Diagnose. Er erlischt mit Ablauf von 24 Monaten, vom Eintrittstag an gerechnet.

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

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

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

1.3.2 Ausschlüsse:

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Erkrankungen, die unter 1.3.1.1 genannt werden, wenn

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

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

1.3.2.3 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 1.3.1.1

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.

1.3.3 Mehrfache Versicherung:

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

1.3.4 Ausschluss der Dynamik:

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

1.4 Verbesserte Gliedertaxe

1.4.1 In Abänderung der Gliedertaxe von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2021 gelten als feste Invaliditätsgrade - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität - bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes oder einer Hand	80 %
eines Daumens	25 %
eines Zeigefingers	15 %
eines Beines	80 %
eines Fußes	50 %
eines Auges	60 %
des Gehörs auf beiden Ohren	70 %.

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

1.5 Schmerzensgeld bei unfallbedingten Frakturen, Muskel-, Bänder- und Sehnenrissen

1.5.1 Art und Höhe der Leistung:

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2021 zahlen wir ein Schmerzensgeld in Höhe von 300 € bei Eintritt

- einer unfallbedingten Fraktur eines Knochens, oder
- eines unfallbedingten Muskel-, Bänder- und Sehnenrisses,

wenn die versicherte Person einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2021 erlitten hat.

1.5.2 Voraussetzungen für die Leistung:

1.5.2.1 Das Vorliegen einer unfallbedingten Fraktur oder eines unfallbedingten Muskel-, Bänder- und Sehnenrisses (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.5.1) ist durch ein objektives, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiertes ärztliches Attest nachzuweisen.

1.5.2.2 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf von 24 Monaten, vom Eintrittstag an gerechnet.

1.5.2.3 Das Schmerzensgeld wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 3 AUB 2021 berücksichtigt.

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

1.5.3 Ausschluss der Dynamik:

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

1.6 Rooming-in-Leistung

Ergänzend zu Ziffer 2.5 AUB 2021 gilt:

Bei medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung eines versicherten Kindes, welches das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir für die Übernachtung einer Betreuungsperson des Kindes pro Übernachtung einen Betrag von 30 €, längstens jedoch für 100 Tage.

1.7 Schulausfallgeld

Kann das versicherte Kind wegen eines Unfalls im Sinne von Ziffer 1 AUB 2021 nicht am Schulunterricht teilnehmen, zahlen wir ein Schulausfallgeld in Höhe von 30 € pro Tag.

Das Schulausfallgeld wird längstens für 100 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.

1.8 Infektionen nach Tierbissen/-stichen oder sonstigen geringfügigen Haut- oder Schleimhautverletzungen

1.8.1 Versicherungsumfang:

In Abänderung von Ziffer 5.2.4 AUB 2021 besteht Versicherungsschutz bei Infektionen (inklusive allergischer Reaktionen) aufgrund von:

- Tierbissen/-stichen (z. B. bei Borreliose aufgrund Zeckenbiss),
- sonstigen geringfügigen Haut- oder Schleimhautverletzungen (z. B. Blutvergiftung oder Sepsis durch Stich an einem Dorn).

1.8.2 Fristen für die Leistungsarten:

Die Fristen in den Ziffern 2 und 9.4 AUB 2021 oder in den Besonderen Bedingungen beginnen nicht mit dem Unfall (Zeckenbiss oder Insektenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

1.9 Orthopädische Hilfs- und Heilmittel

In Erweiterung der Ziffer 1.8 der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit KOMFORT-Leistungen erstatten wir die dort beschriebenen Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 €.

Im Rahmen dieser Versicherungssumme leisten wir bis zu 1.000 € Ersatz auch für nachgewiesene Kosten für Osteopathie-, Heilpraktiker- und Akkupunkturleistungen, die nicht oder nur teilweise von der Krankenversicherung oder einem anderen Ersatzpflichtigen übernommen werden.

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

1.10 Bauch-, Unterleibs- oder Knochenbrüche

In Erweiterung von Ziffer 1.4.1 AUB 2021 und abweichend von Ziffer 5.2.7 AUB 2021 besteht Versicherungsschutz auch, wenn die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder eine ungewollte Eigenbewegung einen Bauch-, Unterleibs- oder Knochenbruch erleidet.

1.11 Erhöhtes Krankenhaustagegeld

In Abänderung von Ziffer 2.5 AUB 2021 zahlen wir bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung für den 1. bis 100. Tag das Vierfache des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, wenn sich der Unfall

- im Ausland ereignet hat und der anschließende stationäre Krankenhausaufenthalt ebenfalls im Ausland erfolgt oder
- bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittel ereignet hat.

Bei Unfällen bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln im Ausland wird das Vierfache Krankenhaustagegeld nur einmal gezahlt.

2. Ende des Versicherungsschutzes für TOP-Leistungen

Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen für die TOP-Leistungen nach dem Kinder-Tarif (einschließlich der Besonderen Bedingungen für die KOMFORT-Leistungen) endet, ohne dass es einer besonderen Kündigung bedarf, mit Umstellung auf den Erwachsenen-Tarif nach Ziffer 6.1 AUB 2021, spätestens mit dem Ende des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.4 AUB 2021, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Über eine Weiterführung der Besonderen Bedingungen für die KOMFORT-Leistungen oder die Vereinbarung der Besonderen Bedingungen für die TOP-Leistungen nach dem Erwachsenen-Tarif muss eine gesonderte Vereinbarung mit uns getroffen werden.

Besondere Bedingungen für Hilfs-Dienste nach einem Unfall nach dem Erwachsenen-Tarif

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 bei uns 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 von uns 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 unsere Leistungspflicht.

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

1.6 Sie 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 Pflegekindern), 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 und 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- und 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. Krankenbett, 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 Versicherungsfalls 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,
 - Reisediebstahlfragen (Suche von Ärzten, Fachärzten, Kliniken oder Apotheken)
- zur Verfügung. Eine ärztliche Behandlung (Videokonultation) ist nicht eingeschlossen.

2.18 Krankenhaus-Assistance

Die versicherte Person kann in den ersten 5 Tagen eines unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthaltes 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 Reha-Leistungen 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 Tiertransports 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 die Unfallversicherung für Mitglieder von Reitvereinen, die dem Pferdesportverband Schleswig-Holstein angehören

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

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

Krankenhaustagegeld nach einem Reitunfall

In Abänderung von Ziffer 2.5 AUB 2021 zahlen wir bei einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung für den 1. bis 100. Tag 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.

Hat sich der Reitunfall im Ausland ereignet und erfolgt der anschließende stationäre Krankenhausaufenthalt ebenfalls im Ausland, zahlen wir entsprechend der Regelungen in

- Ziffer 1.15 der Besonderen Bedingungen TOP-Leistungen nach dem Erwachsenen-Tarif bzw.
- Ziffer 1.11 der Besonderen Bedingungen TOP-Leistungen nach dem Kinder-Tarif

einmal das Vierfache des vereinbarten Krankenhaustagegeldes. Voraussetzung hierfür ist, dass die TOP-Leistung bei Antragstellung ausdrücklich beantragt und im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen sind.

Besondere Bedingungen für das Bonuskundenprogramm

Diese Besonderen Bedingungen gelten als vereinbart, wenn ein Bündelnachlass berücksichtigt wurde:

Voraussetzungen für den Bündelnachlass sind:

- Für Sie bestehen mindestens drei aktive Versicherungsverträge bei dem Itzehoer Versicherungsverein und/oder der Itzehoer Lebensversicherungs-AG und
- 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 Ihres in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehepartners, eingetragenen Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder sonstigen Lebenspartners oder Ihrer in häuslicher Gemeinschaft lebenden Verwandten (z. B. Kindern oder Eltern) bestehen oder
- im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge von Ihrem Arbeitgeber abgeschlossen wurden und Sie versicherte Person sind.

Fällt eine der Voraussetzungen während der Vertragslaufzeit fort, entfällt dieser besondere Nachlass bei diesem Vertrag zur nächsten Beitragsfälligkeit. Den sich dann ergebenden Beitrag können Sie ist der jeweiligen Beitragsrechnung entnehmen.

Der Bonuskundennachlass ist nicht möglich

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

wurden.

E. 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 der Kraftfahrzeughersteller, des Kraftfahrzeug-Handels und -Handwerks, Kraftomnibusse und Lehrlastkraftwagen. 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 Versicherungsvertrages. 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 Versicherungsnehmerinnen oder -nehmer Mitglieder des Vereins werden. Der Umfang derartiger Versicherungsabschlüsse darf jedoch 20 % der jährlichen Gesamtbeitragseinnahme nicht übersteigen.

Die 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 einer Prokuristin oder einem Prokuristen gerichtlich und außergerichtlich vertreten.
4. Ein zur oder zum Vorsitzenden des Vorstandes bestelltes Vorstandsmitglied hat nicht die alleinige Entscheidungsbefugnis. Bei Stimmgleichheit im Vorstand gibt ihre oder seine Stimme den Ausschlag, es sei denn, der Vorstand besteht nur aus zwei Personen oder es nehmen nur zwei Vorstandsmitglieder an der Beschlussfassung teil.

§ 6

1. Der Vorstand kann im Einvernehmen mit der oder dem Aufsichtsratsvorsitzenden einen Beirat gründen.
2. Aufgabe des Beirates ist es, Vorstand und Aufsichtsratsvorsitzende oder -vorsitzenden 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 der oder dem Aufsichtsratsvorsitzenden berufen und abberufen; erneute Berufung ist zulässig. Ihre Amtszeit beträgt vier Jahre.
4. Der Vorstand kann im Einvernehmen mit der oder 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 Personen. Von seinen Mitgliedern werden vier gemäß § 189 Absatz 2 Satz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz durch die Hauptversammlung gewählt sowie zwei gemäß § 4 Absatz 1 Drittelbeteiligungsgesetz durch die Belegschaft des Unternehmens. Gleichzeitig mit den ordentlichen Aufsichtsratsmitgliedern kann für ein bestimmtes oder für mehrere bestimmte Aufsichtsratsmitglieder ein Ersatzmitglied gewählt werden, das für die Dauer der restlichen Amtszeit des ausscheidenden ordentlichen Mitgliedes 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 eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und erste und zweite Stellvertreterinnen oder Stellvertreter. Scheidet im Laufe der Wahlperiode die oder der Vorsitzende oder eine oder einer der gewählten Stellvertreterinnen oder Stellvertreter aus ihrem oder seinem Amt aus, so hat der Aufsichtsrat innerhalb von sechs Monaten eine Neuwahl für die ausgeschiedene Person vorzunehmen.
4. Die Hauptversammlung setzt die Vergütung der Mitglieder des Aufsichtsrates durch Beschluss fest.
5. Alle Erklärungen des Aufsichtsrates werden namens des Aufsichtsrates von seiner oder seinem Vorsitzenden oder einer Stellvertreterin oder einem Stellvertreter abgegeben.

§ 8

1. Beschlüsse des Aufsichtsrates werden in Sitzungen gefasst. Beschlussfassung in schriftlicher, Text-, 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 der oder des Vorsitzenden, bei Wahlen das Los den Ausschlag. Die Art der Abstimmung bestimmt die oder der Vorsitzende. Bei Beschlussfassung in schriftlicher, Text-, 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 der oder dem Vorsitzenden oder einer Stellvertreterin oder einem Stellvertreter und einem weiteren Aufsichtsratsmitglied zu unterzeichnen ist.

§ 9

Die Einberufung der Sitzungen des Aufsichtsrates erfolgt durch die oder den Vorsitzenden, im Verhinderungsfalle durch eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter. Die Einberufung erfolgt schriftlich oder in Textform 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 Mitgliedervertretenden, die sich auf die einzelnen Regionen des Geschäftsgebietes den Mitglieder-Verhältnissen entsprechend verteilen sollen. Jede und jeder Mitgliedervertretende hat eine Stimme.

2. Mitgliedervertretend kann nur ein volljähriges, im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindliches Mitglied des Vereins werden.
3. Die Mitgliedervertretenden werden von der Hauptversammlung auf höchstens 4 Jahre gewählt. Wiederwahl ist zulässig. Alljährlich scheidet ein Viertel der Mitgliedervertretenden mit dem Schluss der ordentlichen Hauptversammlung aus dem Amt aus. Für innerhalb der Amtszeit ausscheidende Mitgliedervertretende 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 Mitgliedervertretendenversammlung bestehender Wahlausschuss einen Vorschlag.
4. Das Amt einer oder eines Mitgliedervertretenden ist ein Ehrenamt und erlischt vor Ablauf der ordentlichen Amtszeit
 - durch Wegfall der Mitgliedschaft
 - durch Eröffnung des Konkursverfahrens über ihr oder sein Vermögen
 - durch Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte
 - durch Abwahl seitens der Hauptversammlung.

§ 12

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

§ 14

Die Hauptversammlungen werden durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Aufsichtsrates und bei ihrer oder seiner Verhinderung oder persönlichen Beteiligung durch eine oder einen der stellvertretenden Vorsitzenden geleitet. Sind die oder 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 Mitgliedervertretenden,
- b) die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder, soweit diese nicht gemäß § 7 Nr. 1 von der Belegschaft zu wählen sind,
- c) die Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
- d) die Änderungen der Satzung,
- e) die Auflösung des Vereins.

Anträge der Mitgliedervertretenden 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 Mitgliedervertretenden 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 Zuhörende 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 Beitragseinnahme 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 aufsichtsrechtlichen Eigenmittel nicht aus, die Solvabilitätskapitalanforderung oder Mindestkapitalanforderung zu bedecken, so wird der Fehlbetrag durch Nachschüsse gedeckt. Nachschüsse werden auch zur Abwendung einer handelsrechtlichen Überschuldung erhoben. Zur Entrichtung der Nachschüsse sind sämtliche Mitglieder im Verhältnis und bis zur Höhe eines Jahresbeitrags verpflichtet, der auf das letzte Geschäftsjahr entfällt. Der Vorstand setzt mit Zustimmung des Aufsichtsrates die Höhe des Nachschusses fest. Die Zahlung ist innerhalb eines Monats ab Erhalt der in Schrift- oder Textform ausgesprochenen Zahlungsaufforderung fällig. Für den Fall der nicht rechtzeitigen Nachschusszahlung gilt § 38 des Versicherungsvertragsgesetzes. Hierauf ist das Mitglied in der Zahlungsaufforderung hinzuweisen.

§ 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 Liquidatorinnen oder 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.

F. 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 Versicherungsmissbrauch 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 übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreu-

ung 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 Schadens Sachverhalts. 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 G.

IX. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls 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.

G. 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.

Kontaktinformationen 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.

H. 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.