

Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung DFV-UnfallSchutz

in der Fassung vom 01.05.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Art der Versicherung
2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes
3. Weitere Versicherungsleistungen
4. Beitragsfreier Versicherungsschutz
5. Versicherungsbeiträge
6. Fälligkeit des Erstbeitrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages
7. Fälligkeit der Folgebeiträge und Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung der Folgebeiträge
8. Wartezeiten
9. Leistungseinschränkungen
10. Leistungsausschlüsse
11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Eintritt des Versicherungsfalles
12. Fälligkeit der Leistungen
13. Überprüfung des Invaliditätsgrades
14. Laufzeit des Versicherungsvertrages
15. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages
16. Geltungsbereich
17. Willenserklärungen und Anzeigen
18. Gerichtsstand
19. Anzuwendendes Recht

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,
sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese Versicherungsbedingungen inklusive deren Anhang konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages.

Um die Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Versicherungsnehmer, mit „wir“ oder „uns“ die Deutsche Familienversicherung gemeint.

Die kursiv und fett geschriebenen Texte fassen die wichtigsten Inhalte der nachfolgenden nicht kursiv und nicht fett geschriebenen Absätze der Versicherungsbedingungen kurz zusammen und dienen Ihrem besseren Verständnis.

Für Ihren Versicherungsvertrag sind alleine die nicht kursiv und nicht fett geschriebenen Absätze der Versicherungsbedingungen maßgeblich.

1. Art der Versicherung

Der DFV-UnfallSchutz ist eine Unfallversicherung, bei der Sie den Versicherungsschutz situativ anpassen können.

DFV-UnfallSchutz ist eine Unfallversicherung, die Leistungen bei Unfällen der versicherten Person erbringt.

Auf der Basis des bestehenden Versicherungsvertrages haben Sie zudem die Möglichkeit der situativen Anpassung des Versicherungsschutzes. Nehmen Sie diese Möglichkeit in Anspruch, gelten die Besonderen Versicherungsbedingungen für die situative Anpassung des Versicherungsschutzes der Unfallversicherung DFV-UnfallSchutz.

2. Leistungsumfang des Versicherungsschutzes

2.1 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls. Als Unfall gilt der unfreiwillige Eintritt einer versicherten Gesundheitsschädigung.

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls während der Wirksamkeit des Vertrages.

Unfall nach diesen Versicherungsbedingungen ist der unfreiwillige Eintritt einer nach der geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen

abschließend aufgeführten Gesundheitsschädigung der versicherten Person.

Als Eintritt des Versicherungsfalles gilt der Zeitpunkt, in dem die Gesundheitsschädigung ursächlich eingetreten ist.

2.2 Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen werden in den Versicherungsbedingungen beschrieben. Die bei Abschluss des Versicherungsvertrages vereinbarten Versicherungssummen und Leistungshöhen ergeben sich aus dem Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsschutz umfasst folgende Versicherungsleistungen:

- **eine Invaliditätsleistung,**
- **eine Sofortleistung bei Schwerverletzung,**
- **eine Todesfall-Leistung,**
- **eine Kapitalleistung für Vollwaisen,**
- **ein Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld**
- **sowie die weiteren Versicherungsleistungen.**

Die einzelnen Versicherungsleistungen werden nachfolgend dem Grunde nach beschrieben. Die vereinbarten Versicherungssummen sowie die Höhe der Leistungen ergeben sich ergänzend aus dem Versicherungsschein und dem Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen und, soweit Sie von der situativen Anpassung des Versicherungsschutzes Gebrauch machen, aus den Bestätigungen in der DFV-App.

Bestehen bei uns für eine versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können Sie im Versicherungsfall die Versicherungsleistungen insgesamt nur einmal aus einem dieser Versicherungsverträge verlangen.

Soweit nach diesen Versicherungsbedingungen ein Anspruch auf erstattungsfähige Kosten besteht und ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. gesetzlicher oder privater Krankenversicherer, gesetzlicher Unfallversicherer, Unfallverursacher oder Haftpflichtversicherer) für die Kosten nicht in voller Höhe eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Machen Sie Ansprüche auf erstattungsfähige Kosten bei uns geltend und leisten wir, gehen Ihre Ansprüche gegen den Ersatzpflichtigen in gleicher Höhe auf uns über. Dies gilt nicht bei einer

ersatzpflichtigen Person, mit der Sie in häuslicher Gemeinschaft leben, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

2.2.1 Invaliditätsleistung

Invalidität:

Voraussetzung für die Invaliditätsleistung ist, dass die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person durch einen Unfall dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität).

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Besserung des Zustandes nicht zu erwarten ist.

Die Invalidität muss innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt festgestellt worden sein.

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

Geltendmachung der Invalidität:

Ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung muss innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns in Textform geltend gemacht werden. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf die Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Mindest- und Maximalinvaliditätsgrad:

Als Leistungsvoraussetzung gilt ein Mindestinvaliditätsgrad von 1 %. Der Maximalinvaliditätsgrad beträgt 100 %.

Sind mehrere Körperteile, Organe oder Sinnesorgane unfallbedingt beeinträchtigt, werden die nach den folgenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Berechnung der Invaliditätsleistung:

Grundlage für die Berechnung der Invaliditätsleistung bilden die vereinbarte Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität. Wir leisten einen dem unfallbedingten Invaliditätsgrad entsprechenden Anteil der vereinbarten Versicherungssumme.

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Bemessung des Invaliditätsgrades:

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der in der Gliedertaxe aufgeführten Körperteile, Organe und Sinnesorgane gelten ausschließlich die dort genannten Invaliditätsgrade.

Gliedertaxe:

Körperteile:

Arm:	100 %
Arm oberhalb Ellenbogengelenk:	100 %
Arm unterhalb Ellenbogengelenk:	100 %
Hand:	90 %
Daumen:	45 %
Zeigefinger:	30 %
Anderer Finger:	20 %
Bein über Mitte Oberschenkel:	100 %
Bein bis Mitte Oberschenkel:	100 %
Bein unterhalb Knie:	100 %
Bein bis Mitte Unterschenkel:	100 %
Fuß:	70 %
Großer Zeh:	20 %
Andere Zehe:	10 %

Sinnesorgane:

Stimme:	100 %
Auge:	70 %
Gehör auf einem Ohr:	50 %
Geruchssinn:	25 %
Geschmackssinn:	25 %

Organe:

Niere:	30 %
Beide Nieren oder zweite Niere, falls eine Niere schon verloren war:	100 %
Ein Lungenflügel:	50 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick-, Enddarm:	je 30 %
Magen:	30 %
Leber:	20 %
Bauchspeicheldrüse:	20 %
Milz:	20 %
Gallenblase:	20 %

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

Für Niere, Lunge, Darm, Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz und Gallenblase können Sie anstelle des Invaliditätsgrades aus der Gliedertaxe auch eine Bemessung außerhalb der Gliedertaxe verlangen.

Bemessung außerhalb der Gliedertaxe:

Für andere als in der Gliedertaxe genannte Körperteile, Organe oder Sinnesorgane bemisst 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.

Minderung bei Vorinvalidität:

Waren betroffene Körperteile, Organe oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt (Vorinvalidität), mindert sich der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität.

Der Grad der Vorinvalidität wird ausschließlich nach diesen Versicherungsbedingungen bemessen.

Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person:

Stirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall an dessen Folgen, besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung. In diesem Fall zahlen wir die vereinbarte Todesfallleistung.

Stirbt die versicherte Person später als ein Jahr nach dem Unfall an dessen Folgen und war der Invaliditätsgrad noch nicht festgestellt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre. Dies gilt nicht, wenn die versicherte Person verschollen ist.

Erhöhung der Invaliditätsleistung ab 80 % Invalidität:

Führt ein Unfall, der sich vor dem 65. Geburtstag der versicherten Person ereignet hat, zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 80 %, so erhöhen wir die Invaliditätsleistung um den vereinbarten Betrag.

2.2.2 Sofortleistung bei Schwerverletzung

Handelt es sich bei dem Unfall der versicherten Person um eine der im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Schwerverletzungen“ abschließend aufgezählten schweren Verletzungen, zahlen wir eine Sofortleistung in vereinbarter Höhe.

Tritt der Tod aufgrund der Schwerverletzung innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, zahlen wir nur die vereinbarte Todesfallleistung.

Die Sofortleistung wird nicht auf die Invaliditätsleistung angerechnet.

2.2.3 Todesfall-Leistung

Tritt der unfallbedingte Tod einer versicherten Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, leisten wir die vereinbarte Todesfallleistung.

Die Todesfallleistung zahlen wir auch später als ein Jahr nach dem Unfall, wenn die versicherte Person verschollen ist, vorausgesetzt:

- es ist nach den konkreten Umständen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages einen Unfall erlitten hat, und
- die verschollene versicherte Person wurde im Aufgebotsverfahren für tot erklärt, und
- der in der Todeserklärung festgelegte Zeitpunkt des Todes fällt in die Laufzeit des Versicherungsvertrages.

Die Todesfallleistung wird als Einmalzahlung an die Erben der versicherten Person gezahlt, sofern uns nicht mit Zustimmung der versicherten Person eine andere bezugsberechtigte Person in Textform benannt wurde.

2.2.4 Kapitaleistung für versicherte Vollwaisen

Erleiden beide versicherten Elternteile aufgrund desselben Ereignisses einen Unfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und sterben diese innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall, leisten wir an die hinterbliebenen, zum Zeitpunkt des Unfalls im Rahmen des DFV-UnfallSchutz versicherten Kinder, die zum Todesfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, jeweils eine Kapitaleistung in vereinbarter Höhe.

2.2.5 Vorschussleistung

Ab einem zu erwartenden Invaliditätsgrad von mindestens 25 % leisten wir auf Antrag und unter dem Vorbehalt der Rückforderung einen angemessenen Vorschuss auf die vereinbarte Invaliditätsleistung. Ein gezahlter Vorschuss wird auf die Invaliditätsleistung angerechnet.

2.2.6 Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld

Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung, zahlen wir das nach Höhe und Dauer vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld für jeden Kalendertag des Krankenhausaufenthaltes. Im Falle

einer ambulanten Operation zahlen wir das vereinbarte pauschale Krankenhaus-Tagegeld.

Wir zahlen zudem das vereinbarte Genesungsgeld für dieselbe Anzahl von Tagen, für die ein Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld bestand. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person währenddessen verstirbt.

Ereignet sich der Unfall im Ausland und muss die versicherte Person im Ausland unfallbedingt in medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung, zahlen wir ein erhöhtes Krankenhaus-Tagegeld in vereinbarter Höhe.

3. Weitere Versicherungsleistungen

Sie haben im Versicherungsfall auch Anspruch auf die nachfolgend aufgeführten weiteren Versicherungsleistungen.

Die nachstehenden weiteren Versicherungsleistungen können Sie je Versicherungsfall nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen und bis zur jeweils vereinbarten Höhe und Dauer in Anspruch nehmen.

Die weiteren Versicherungsleistungen werden nicht auf die Invaliditätsleistung oder die Todesfall-Leistung angerechnet.

3.1 Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von organisierten Rettungsdiensten. Die Kosten erstatten wir auch dann, wenn Sie dafür aufkommen mussten, obwohl die versicherte Person keinen Unfall hatte, aber ein Unfall drohte oder nach den Umständen zu vermuten war.

3.2 Kosmetische Operationen

Wir erstatten die nachgewiesenen unfallbedingten Aufwendungen bis zum 5-Fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) für kosmetische Operationen.

Kosmetische Operationen sind ärztliche Behandlungen, bei denen unfallbedingte Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes durch operative Eingriffe korrigiert werden. Als kosmetische Operation gilt auch die zahnärztliche Wiederherstellung unfallbedingt beschädigter Zähne.

Die kosmetischen Operationen müssen innerhalb von drei Jahren nach dem hierfür ursächlichen Unfall, bei Minderjährigen spätestens bis zum 21. Geburtstag, und in jedem Fall während der Laufzeit des Versicherungsvertrages durchgeführt werden.

3.3 Heilbehandlungskosten im Ausland

Bei Unfällen, die sich im Ausland bei einer geplanten Aufenthaltsdauer von bis zu 45 Tagen ereignen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlungen in dem betreffenden Land einschließlich der stationären Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie privatärztlicher Behandlung auch über den geplanten Rückreisetermin hinaus.

Sofern medizinisch vertretbar, können wir den Rücktransport zu einer medizinisch geeigneten Weiterbehandlung oder Heilbehandlungseinrichtung in der Nähe des Wohnsitzes der versicherten Person im Inland verlangen. Die hierdurch entstehenden Mehrkosten werden von uns erstattet.

3.4 Unfälle beim Tauchen

Wir erstatten die Kosten für durch Tauchunfälle verursachte, medizinisch angeratene Therapiemaßnahmen einschließlich der Behandlung in einer Dekompressionskammer.

3.5 Krankentransporte und Rücktransport

Wir erstatten bei einem Unfall die Kosten für Krankentransporte vom Unfallort zum nächstgelegenen, geeigneten Arzt oder Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik. Dies gilt auch bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie für den Rücktransport zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person.

Wir erstatten die Kosten für die Kranken- und Rücktransporte, soweit diese aufgrund des Unfalls medizinisch sinnvoll und ärztlich angeordnet sind.

Dauert der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich länger als sieben Tage, erstatten wir die Kosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz oder zu einem in der Nähe des Wohnsitzes gelegenen Krankenhaus auch ohne medizinische Notwendigkeit.

3.6 Mehrkosten für die unfallbedingte Änderung des Reiseverlaufs

Wir erstatten die üblichen und angemessenen Kosten für die Änderung des Reiseverlaufs der

versicherten Person und der mitreisenden Familienangehörigen, wenn aufgrund eines Unfalls der versicherten Person die Heimreise nicht wie geplant angetreten werden kann. Neben den Mehrkosten der Heimreise übernehmen wir auch zusätzliche Übernachtungs- und Verpflegungskosten.

Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Familienangehörigen erstatten wir auch die Mehrkosten für eine Begleitperson.

Familienangehörige in diesem Sinne sind der Ehepartner und die Kinder.

Als Kinder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten die leiblichen oder adoptierten Kinder der versicherten Person oder ihres Ehepartners, die in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person leben und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

3.7 Krankenhausbesuch

Wir erstatten die üblichen und angemessenen Reise-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten für den Krankenhausbesuch durch einen Familienangehörigen, wenn sich die versicherte Person aufgrund eines während einer Reise eingetretenen Unfalls voraussichtlich länger als 14 Tage in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet.

3.8 Rooming-in

Befindet sich ein versichertes minderjähriges Kind wegen eines Unfalls in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter bei dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), zahlen wir pro Übernachtung des Erziehungsberechtigten pauschal einen Kostenzuschuss in vereinbarter Höhe.

Anstelle des pauschalen Kostenzuschusses können Sie auch die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Rooming-in-Kosten verlangen.

3.9 Überführung oder Bestattung bei Todesfall auf Reisen

Erleidet die versicherte Person auf einer Reise einen Unfall mit Todesfolge, erstatten wir die üblichen Kosten für die Überführung zum letzten Wohnsitz der versicherten Person.

Alternativ erstatten wir die Kosten für die Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die für eine Überführung zum letzten Wohnsitz der versicherten Person entstanden wären.

3.10 Kinderbetreuung

Ist die versicherte Person der beaufsichtigende Elternteil und kann sie infolge eines Unfalls nicht für die erforderliche Versorgung und Beaufsichtigung des minderjährigen Kindes sorgen, erstatten wir die Kosten für eine Kinderbetreuung bis maximal in vereinbarter Höhe.

Der Anspruch besteht nur innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles.

3.11 Nachhilfeunterricht

Kann ein mitversichertes, minderjähriges Kind aufgrund eines Unfalls nicht am normalen Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir je Kind die üblichen Kosten für einen Privatunterricht.

Der Anspruch besteht nur innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles.

3.12 Haushaltshilfe

Ist die versicherte Person infolge des Unfalls nicht in der Lage, den eigenen Haushalt zu führen, erstatten wir Kosten für eine Haushaltshilfe bis maximal in vereinbarter Höhe.

Der Anspruch besteht nur innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles.

3.13 Haustierbetreuung

Ist die versicherte Person aufgrund eines Unfalls nicht zur Versorgung ihrer Haustiere in der Lage, erstatten wir die üblichen Kosten für die Unterbringung der Tiere maximal für die vereinbarte Dauer.

Wurden die Tiere auf einer Reise mitgeführt, erstatten wir zusätzlich die Mehrkosten des Heimtransportes der Tiere.

Als Haustiere gelten Hunde, Katzen und andere heimische Kleintiere.

3.14 Medizinische Rehabilitation, Organtransplantation und Hilfsmittel

Wir erstatten die Kosten für unfallbedingte, medizinisch notwendige

- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen;
- künstliche Organe und Organtransplantationen;
- Prothesen und Hilfsmittel;
- Anschaffung von Assistenzhunden (z. B. Blinden- oder Signalhunde) sowie
- behinderungsbedingte Schulungsmaßnahmen (z. B. Erlernen der Blindenschrift oder Gebärdensprache).

Die Erstattung der Kosten für künstliche Organe und Organtransplantationen erfolgt unter der Voraussetzung, dass wir eine Neufeststellung der Invalidität auch über den Ablauf der dafür vorgesehenen Frist hinaus noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können.

Die Leistungen können nur innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles in Anspruch genommen werden.

3.15 Berufliche Wiedereingliederung oder Umschulungsmaßnahme

Kann die versicherte Person infolge eines Unfalls ihren zuletzt ausgeübten Beruf länger als sechs Monate ununterbrochen nicht ausüben, übernehmen wir die Kosten für eine berufliche Wiedereingliederung.

Ist eine Wiedereingliederung unfallbedingt nicht möglich, erstatten wir einmalig die Schulungs- und Prüfungsgebühren für eine Umschulungsmaßnahme.

Die Leistung kann nur innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles in Anspruch genommen werden.

3.16 Behindertengerechte bauliche Anpassungen

Wir erstatten die üblichen und angemessenen Kosten

- für den behindertengerechten Umbau des Pkw der versicherten Person oder für die Neuanschaffung eines behindertengerechten Pkw;
- für behindertengerechte Einbauten;
- für den behindertengerechten Umbau der Wohnung oder

- den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung;

sofern die Maßnahme ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität erforderlich geworden ist.

Der Anspruch besteht nur innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles.

3.17 Pflegetagegeld

Wir leisten ein Tagegeld in vereinbarter Höhe für jeden Kalendertag, an dem für die versicherte Person aufgrund des Unfalls mindestens der Pflegegrad zwei im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt ist.

Der Anspruch besteht nur innerhalb von einem Jahr nach Eintritt des Versicherungsfalles.

3.18 Tagegeld bei Pflege von Angehörigen durch die versicherte Person

Werden im Haushalt der versicherten Person lebende, pflegebedürftige Angehörige von der versicherten Person gepflegt, leisten wir ein Tagegeld in vereinbarter Höhe, solange die versicherte Person infolge eines Unfalls nicht in der Lage ist, die Pflegeleistungen zu erbringen.

Der Anspruch besteht nur innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles.

3.19 Komageld

Befindet sich die versicherte Person unfallbedingt in einem natürlichen oder künstlichen Koma, zahlen wir pro Kalendertag des Komas ein Tagegeld in vereinbarter Höhe.

Der Anspruch besteht nur innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles.

3.20 Psychologische Betreuung

Wird aufgrund einer Einwirkung des Unfalls der versicherten Person oder des unfallbedingten Todes einer ihr nahestehenden Person eine psychologische Betreuung der versicherten Person erforderlich, erstatten wir die Kosten bis maximal in vereinbarter Höhe.

Nahestehende Personen der versicherten Person in diesem Sinne sind der Ehepartner, die Kinder und Angehörige bis zum dritten Grad.

4. Beitragsfreier Versicherungsschutz

4.1 Heirat, Geburt oder Adoption

Wir gewähren beitragsfreien Versicherungsschutz, wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages heiraten oder ein Kind bekommen oder adoptieren,

- für Ihren Ehepartner für drei Monate ab dem Tag der Heirat, wenn für ihn weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht;
- für Ihre ungeborenen Kinder während der Schwangerschaft;
- für Ihre neugeborenen Kinder für ein Jahr ab Vollendung der Geburt;
- für Ihre adoptierten Kinder im Alter unter 14 Jahren für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption.

Der Versicherungsschutz besteht in dem Umfang, wie er mit Ihnen vereinbart ist. Eine situative Erhöhung Ihrer Versicherungssumme bleibt jedoch unberücksichtigt.

4.2 Tod und Invalidität

Wir gewähren beitragsfreien Versicherungsschutz für Ihre versicherten minderjährigen Kinder und Ihren versicherten Ehepartner, wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages unfallbedingt sterben oder unfallbedingt eine Invalidität erleiden, die nach diesen Versicherungsbedingungen einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % erreicht.

Der beitragsfreie Versicherungsschutz besteht in dem Umfang, wie er für das versicherte Kind oder den versicherten Ehepartner vereinbart wurde. Die Beitragsbefreiung gilt jedoch nicht für die situative Anpassung des Versicherungsschutzes.

Die Beitragsbefreiung endet mit Beendigung des jeweiligen Versicherungsvertrages, für das versicherte Kind spätestens jedoch mit dem 18. Geburtstag und für den versicherten Ehepartner spätestens, wenn auch für das jüngste mitversicherte Kind die Beitragsbefreiung endet.

5. Versicherungsbeiträge

Die Höhe des Monatsbeitrages ist nach Altersstufen gestaffelt.

Der Monatsbeitrag richtet sich grundsätzlich nach dem Alter der versicherten Person.

Die Höhe des Monatsbeitrages ist nach Altersstufen gestaffelt. Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist ab Beginn des folgenden Monats der entsprechend neue Beitrag zu zahlen.

Beginnend ab dem 70. Geburtstag der versicherten Person bieten wir Ihnen in den Altersstufen anstelle des vollen Versicherungsbeitrages auch einen reduzierten Versicherungsbeitrag an. Wird der Versicherungsvertrag mit dem reduzierten Versicherungsbeitrag fortgeführt, reduzieren sich im Versicherungsfall die Versicherungsleistungen der Höhe nach um 40 % und der Anspruch auf Pflegetagegeld entfällt. Sie können bis zu einem Monat nach Erreichen der neuen Altersstufe durch eine Mitteilung in Textform wählen, mit welchem Versicherungsbeitrag der Versicherungsvertrag fortgeführt werden soll. Erhalten wir keine Mitteilung von Ihnen, wird der Versicherungsvertrag mit Erreichen der neuen Altersstufe automatisch mit dem vollen Versicherungsbeitrag fortgeführt.

6. Fälligkeit des Erstbeitrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages

6.1 Fälligkeit des Erstbeitrages

Zahlen Sie den Erstbeitrag bei Erhalt des Versicherungsscheines, spätestens jedoch bis zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Der Erstbeitrag wird mit Zugang des Versicherungsscheines fällig, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

6.2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz besteht nicht, wenn Sie den Erstbeitrag nicht gezahlt haben, es sei denn, Sie haben dies nicht zu verantworten.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn. Unabhängig davon besteht jedoch kein Versicherungsschutz, solange der Erstbeitrag nicht gezahlt wurde, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Der Erstbeitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn er aufgrund des erteilten SEPA-Lastschriftmandates von dem vereinbarten Konto abgebucht werden

konnte und der Kontoinhaber der Abbuchung nicht widerspricht.

6.3 Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages

Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Ihr Verschulden nicht gezahlt, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten und Sie können Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren.

Solange der fällige Erstbeitrag nicht gezahlt ist, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der fällige Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Erstbeitrages aufmerksam gemacht haben, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

7. Fälligkeit der Folgebeiträge und Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung der Folgebeiträge

7.1 Fälligkeit der Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind monatlich fällig.

Die Folgebeiträge sind jeweils monatlich nach dem Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

7.2 Folgen der nicht rechtzeitigen Zahlung der Folgebeiträge

Zahlen Sie die Folgebeiträge nicht rechtzeitig und werden die angemahnten Folgebeiträge und Kosten nicht innerhalb der gesetzten Frist gezahlt, haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung und wir können den Versicherungsvertrag kündigen.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist von zwei Wochen. Wir sind berechtigt, die im Zusammenhang mit der Mahnung entstandenen

Kosten (z. B. Mahnkosten, Rücklastschriftgebühren) geltend zu machen.

Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der rückständigen Versicherungsbeiträge und Kosten ganz oder teilweise in Verzug und tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Zudem können wir den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist außerordentlich kündigen, wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung der angemahnten Versicherungsbeiträge und Kosten in Verzug sind.

Haben wir den Versicherungsvertrag außerordentlich gekündigt und zahlen Sie innerhalb eines Monats nach unserer Kündigung die angemahnten Versicherungsbeiträge und Kosten, besteht der Versicherungsvertrag weiter. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

8. Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

Wartezeiten bestehen nicht.

9. Leistungseinschränkungen

Unsere Leistungen können eingeschränkt sein, wenn eine Maßnahme das medizinisch notwendige oder wirtschaftlich vertretbare Maß übersteigt oder die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Versicherungsleistungen beansprucht werden, das medizinisch notwendige oder wirtschaftlich vertretbare Maß, so können wir die Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Aufwendungen für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, für die Versicherungsleistungen beansprucht werden, in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

10. Leistungsausschlüsse

Wir können Ihnen nicht für alle erdenklichen Unfälle Versicherungsschutz bieten. Daher besteht in den nachfolgend näher beschriebenen Fällen kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Der Versicherungsschutz ist vollständig ausgeschlossen, wenn am Unfall oder den Unfallfolgen Aids, Bluterkrankheit, Diabetes, Glasknochenkrankheit, Leukämie, Multiple Sklerose, Osteoporose, Paget-Krankheit, Spina Bifida, Wirbelgleiten oder Schizophrenie mitgewirkt haben.

Eine am Unfall oder an den Unfallfolgen lediglich anteilige Mitwirkung von anderen Krankheiten oder Gebrechen wird nicht angerechnet.

Bestätigen Sie bei Antragsstellung jedoch, dass keine versicherte Person in den letzten 5 Jahren vor Antragsstellung wegen Diabetes in ärztlicher Behandlungen war oder deswegen Medikamente verordnet bekommen hat, besteht Versicherungsschutz für Unfälle die durch einen Zuckerschok verursacht wurden. Ausgeschlossen bleiben Unfallfolgen durch den Diabetes.

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle der versicherten Person:

- infolge der Einnahme von Drogen oder anderer Suchtmittel (ausgenommen Alkohol);
- durch bewusstes Missachten von Warn- oder Sicherheitshinweisen, sofern sich im Unfall die spezifische Gefahr, vor der gewarnt wurde, realisiert hat. Versicherungsschutz besteht jedoch dann, wenn sich die versicherte Person in diese Gefahr begibt, um andere zu retten;
- die ihr dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
- die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse sowie durch die aktive Teilnahme hieran verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt, wenn die versicherte Person nicht unverzüglich nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges das Gebiet des betroffenen Staates verlässt. Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse sind nicht überraschend bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder für die amtliche Reisewarnungen ausgesprochen wurden; Terroranschläge außerhalb von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen sind jedoch versichert;
- die ihr dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Der Ausschluss umfasst

auch Qualifikationsfahrten sowie Trainings-, Test- und sonstige Übungsfahrten, die dem Zweck dienen, das Fahren mit möglichst hoher Geschwindigkeit zu üben; Versicherungsschutz besteht jedoch bei Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten;

- die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht wurden;
- die ihr in Ausübung eines besonders gefährlichen Berufes zustoßen. Die besonders gefährlichen Berufe sind im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen unter dem Punkt Berufsgruppenverzeichnis aufgeführt;
- infolge der Teilnahme an Sportarten, die auf die Verletzung der Teilnehmer abzielen, wie zum Beispiel Boxen, Kickboxen, Mixed Martial Arts, K1- oder Ultimate Fighting oder vergleichbare Sportarten.

11. **Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Eintritt des Versicherungsfalles**

Sie haben nach Eintritt des Versicherungsfalles die nachstehenden Obliegenheiten zu beachten. Bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Obliegenheit können Sie Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise verlieren.

Nach Eintritt eines Versicherungsfalles, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen. Der Eintritt des Schadenfalles ist uns in Textform anzuzeigen.

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

Die versicherte Person hat auf unser Verlangen die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, ihre Versicherer oder Versicherungsträger von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. In diesem Fall tragen wir die ärztlichen Gebühren sowie Ihren Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Bei Geschäftsführern, Freiberuflern oder Selbstständigen erstatten wir den konkret nachgewiesenen Verdienstaufschlag.

Hat die Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalls den Tod zur Folge, ist uns dies zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Verletzen Sie oder die versicherte Person eine Obliegenheit vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Wir bleiben zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Unsere Leistungsfreiheit bei Verletzung einer der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten hat zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

12. Fälligkeit der Leistungen

Wir werden innerhalb von 48 Stunden erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen.

Wir werden innerhalb von 48 Stunden erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Diese Frist beginnt mit Zugang der vollständigen Nachweise über den Hergang des Unfalls und dessen Folgen und beim Invaliditätsanspruch zusätzlich mit Zugang des Nachweises über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

13. Überprüfung des Invaliditätsgrades

Sie sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach erstmaliger ärztlicher Feststellung, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Nach erstmaliger ärztlicher Feststellung sind Sie berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren, und wir längstens bis zu zwei Jahren nach erstmaliger ärztlicher Feststellung, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Bei Kindern bis zum 14. Geburtstag verlängert sich diese Frist für Sie von drei auf fünf Jahre.

Werden Kosten für künstliche Organe und Organtransplantationen ersetzt, verlängert sich die Frist von drei auf vier Jahre.

Das Recht auf Neubemessung der Invalidität muss spätestens drei Monate vor Ablauf der jeweiligen Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir sie bereits erbracht haben, erhalten Sie den Mehrbetrag zuzüglich Zinsen in Höhe des von der Europäischen Zentralbank festgesetzten Leitzinses ausbezahlt.

14. Laufzeit des Versicherungsvertrages

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt keine feste Vertragslaufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Als Versicherungsperiode gilt ein Monat.

15. Kündigung und Beendigung des Versicherungsvertrages

Sie können den Versicherungsvertrag täglich ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Nehmen Sie allerdings in den ersten zwei Jahren eine Leistung in Anspruch, gilt eine Sperrzeit von maximal zwölf Monaten, in der die tägliche Kündigungsmöglichkeit ausgeschlossen ist.

Wir können den Versicherungsvertrag mit einer Frist von einem Monat zum Ende der Versicherungsperiode oder nach einem Versicherungsfall kündigen. Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz.

Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag täglich, ohne Einhaltung einer Frist, in Textform zu kündigen.

Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich.

Sind mehrere Personen in einem Vertrag versichert, so können Sie Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

Nehmen Sie oder eine versicherte Person innerhalb von 24 Monaten nach Vertragsbeginn eine Leistung in Anspruch, ist für Sie die tägliche Kündigungsmöglichkeit für die Dauer von zwölf Monaten ausgeschlossen (Sperrzeit). Die Sperrzeit beginnt mit dem Ende des Monats, in dem der Leistungsanspruch geltend gemacht wurde. Sie endet nach Ablauf von zwölf Monaten, spätestens jedoch mit Ablauf des 30. Monats nach Vertragsbeginn. Nach

Ablauf der Sperrzeit können Sie den Vertrag wieder täglich kündigen.

Ungeachtet der Sperrzeit kann der Versicherungsvertrag von uns ordentlich mit einer Frist von einem Monat zum Ende der Versicherungsperiode gekündigt werden.

Wir können den Versicherungsvertrag auch nach einem Versicherungsfall innerhalb von einem Monat nach Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung kündigen. In diesem Fall wird unsere Kündigung ein Monat nach Zugang bei Ihnen wirksam.

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz.

16. Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrages im In- und Ausland weltweit und rund um die Uhr.

Als Ausland im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt jedes Land, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.

Verlegen Sie oder die versicherte Person den Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt in ein anderes Land, haben Sie uns dies anzuzeigen.

17. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen haben Sie uns elektronisch zu übermitteln.

Willenserklärungen und Anzeigen haben Sie uns ausschließlich elektronisch in Textform (z. B. per E-Mail) zu übermitteln.

18. Gerichtsstand

Für Klagen ist das an Ihrem Wohnort oder, bei Klagen gegen uns, auch wahlweise das an unserem Geschäftssitz ansässige Gericht zuständig.

Für alle Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht, in dessen Bezirk Sie Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben, oder bei Klagen gegen uns auch wahlweise das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Hauptwohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.

19. Anzuwendendes Recht

Für Ihren Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für diesen Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland, auch wenn Leistungen im Ausland in Anspruch genommen werden.