



ARAG Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung Sport (AUB 99)

Stand 1.2008

Inhaltsverzeichnis

Versicherteninformation ARAG Gruppenunfall-Schutz nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 99)

- § 1 Der Versicherungsfall
- § 2 Ausschlüsse
- § 3 Nicht versicherbare Personen
- § 4 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
- § 5 entfällt
- § 6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- § 7 Beiträge, Fälligkeit, Verzug und Dynamik
- § 8 entfällt
- § 9 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst
- § 10 Änderung der Kinder-Unfallversicherung auf Erwachsenentarif
- § 11 Die Leistungsarten
- § 12 Einschränkung der Leistungen
- § 13 Vorsorgeunfallversicherung
- § 14 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles
- § 15 Die Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 16 Fälligkeit der Leistungen
- § 17 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
- § 18 Anzeigen und Willenserklärungen
- § 19 Rentenzahlung bei Invalidität
- § 20 Verjährung und Klagefrist
- § 21 Gerichtsstände
- § 22 Schlussbestimmung

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2000)

Versicherteninformation ARAG Gruppenunfall-Schutz

nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Vertragspartner für Ihren ARAG Gruppenunfall-Schutz ist die
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Uwe Grünwald, Christian Vogée, Dr. Werenfried Wendler
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 10418
USt-ID-Nr.: DE 811 125 216

2 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft ist die Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Fahrzeugversicherung und Schutzbriefversicherung.

3 Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Dem Versicherungsverhältnis liegen die Allgemeinen Unfallbedingungen (AUB 99) und die

- Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung
- Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch)

in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Der Text der jeweils vereinbarten Bedingungen ist beigelegt. Auf das Vertragsverhältnis ist deutsches Recht anzuwenden.

Die Unfallversicherung versichert Sie und die im Vertrag mitversicherten Personen gegen die finanziellen Folgen einer unfallbedingten Invalidität oder Todesfall. Sofern Sie es wünschen, können Sie (unter anderem) die unfallbedingten Mehraufwendungen bei einem Krankenhausaufenthalt durch ein Krankenhaustage- mit Genesungsgeld versichern.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den individuell ausgewählten Leistungsarten (zum Beispiel Invaliditäts- und Todesfallleistung, Krankenhaustage- und Genesungsgeld etc.) und Versicherungssummen.

4 Gesamtpreis der Versicherung

Den zu entrichtenden Gesamtpreis für den angebotenen ARAG Gruppenunfall-Schutz einschließlich etwaiger Ratenzahlungszuschläge sowie der zurzeit gültigen Versicherungssteuer und die gewählte Zahlweise können Sie dem Produktinformationsblatt sowie dem Antrag entnehmen.

5 Zusätzliche Kosten

Zusätzliche vertragliche Kosten fallen nicht an.

6 Beitragszahlung

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch unterjährig in gleichen Beitragsraten, das heißt monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Der Beitrag gilt bei unterjähriger Zahlungsweise bis zur Fälligkeit als gestundet.

Der Erstbeitrag wird nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei späterer Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Tag der Zahlung, es sei denn, die verspätete Zahlung beruht nicht auf Ihrem Verschulden.

Folgebeiträge sind jeweils zum Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums zu zahlen.

Bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat hat der Versicherungsnehmer sicherzustellen, dass das zum Einzug angegebene Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit die erforderliche Deckung aufweist.

Verträge mit Beitrag nach einem Assekuranztarif werden nach Wegfall der Voraussetzungen hierfür zum Normaltarif fortgeführt.

7 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

An konkrete Informationen zu Produkten der ARAG Allgemeine, insbesondere hinsichtlich der genannten Beiträge halten wir uns einen Monat gebunden.

8 Zustandekommen des Vertrags, Antragsbindefrist, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Vertrag kommt durch den Antrag auf ARAG Gruppenunfall-Schutz seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrags durch den anderen Vertragspartner zustande. Der Antragsteller hält sich an seinen Antrag einen Monat gebunden.

Eine Antragsannahme der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG erfolgt durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder eine Annahmeerklärung.

Bei einer Anfrage durch den Versicherungsnehmer (Invitatio-Antrag) erfolgt das Angebot durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die Annahme des Angebots durch Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, sofern der Erstbeitrag rechtzeitig gezahlt wird (siehe Ziffer 6).

9 Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Fax +49 211 963-3626, duesseldorf@ARAG-Sport.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Produktinformationsblatt unter Ziffer 3 ausgewiesenen rechnerischen Tagesbeitrag pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

10 Laufzeit und Beendigung des Vertrags, insbesondere durch Kündigung

Die vereinbarte Laufzeit des Vertrags folgt aus den konkreten Vertragsvereinbarungen (zum Beispiel dem Antrag).

Der ARAG Gruppenunfall-Schutz kann von beiden Parteien erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit, spätestens jedoch nach drei Jahren, gekündigt werden. Wird er nicht gekündigt, verlängert sich das Vertragsverhältnis bei Verträgen von mindestens einjähriger Vertragsdauer mit dem Ablauf der vereinbarten Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend. Es ist dann zum Ende des jeweils folgenden Versicherungsjahres kündbar. Kündigungen müssen dem jeweils anderen Vertragspartner drei Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.

Erbringt die ARAG eine Leistung aus diesem Vertrag, kann der Vertrag vorzeitig in Schriftform gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat.

11 Anwendbares Recht/zuständiges Gericht/Kommunikationssprache

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss einer Unfallversicherung liegt ebenso das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde wie einer abgeschlossenen Unfallversicherung.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände nach §§ 13, 17, 21, 29 ZPO und § 215 VVG.

Die Versicherungsbedingungen und sämtliche vor oder nach Vertragsschluss ausgehändigten Informationen werden in deutscher Sprache verfasst. Die ARAG Allgemeine wird die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags in deutscher Sprache führen.

12 Kundenmeinungen: Helfen Sie uns besser zu werden.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Sie sind mit unseren Produkten, Informationen und unserem Service zufrieden? Oder gibt es etwas, dass wir noch verbessern können? Dann schreiben Sie uns eine E-Mail an duesseldorf@ARAG-Sport.de. Ihre Anregungen richten Sie bitte mit dem Betreff „Feedback“ an uns. Falls Sie doch einen Anlass zur Beschwerde haben, verwenden Sie bitte den Betreff „Beschwerde“.

Wir freuen uns auf Ihre konstruktive Rückmeldung. Sie hilft uns kontinuierlich besser zu werden.

13 Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“, einer unabhängigen Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungsunternehmen. Sie haben die Möglichkeit, diese Stelle anzurufen, wenn es sich um einen Anspruch aus Ihrem Versicherungsvertrag oder dessen Anbahnung oder Vermittlung handelt. Sie erreichen den Versicherungsombudsmann unter:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt für Sie hiervon unberührt.

14 Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde des Versicherungsnehmers kann auch direkt gerichtet werden an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 99)

§ 1 Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 11; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I.
 - (1) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - (2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn Folgendes zutrifft:
(Kriegsklausel)
Wird ein Versicherter während einer Reise in ein Land, in dem er nicht seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, von einem Krieg oder Bürgerkrieg überrascht, so erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle durch Kriegsereignisse. Dieser Versicherungsschutz besteht nicht, wenn der Versicherte zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört. Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien an liefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht. Der Versicherungsschutz gilt nicht für Reisen in oder durch Länder oder Gebiete sowie Überfliegen von Gebieten, in denen bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Der Versicherungsschutz erlischt sieben Tage nach Beginn der Feindseligkeiten.
 - (4) Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
 - (5) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - (6) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- II.
 - (1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
 - (2) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
 - (3) Infektionen
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzung gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. Für eine erstmalige Infizierung mit Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Außerdem besteht für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung Versicherungsschutz bei einer erstmaligen Infektion mit Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (Hirnhautentzündung durch Zeckenbiss), sofern die Infektion zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 % oder zum Tode führt. Einer erstmaligen Infizierung gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen die in Satz 3 und 4 aufgeführten Infektionen. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.
 - (4) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Für versicherte Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht jedoch Versicherungsschutz bei Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme von für Kinder schädlichen Stoffen. Kein Versicherungsschutz besteht bei Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

- III. (1) Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- (2) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.
- IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

- I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftig sind, sowie Personen mit geistiger Behinderung.
Schwer- bzw. schwerstpflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf und in Pflegestufe II oder III im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft ist.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.
- III. Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

§ 4 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

- I. (1) Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
- (3) Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- II. (1) Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (2) Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.
- (3) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.
- (4) Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (5) Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
- (6) Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (7) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
- (8) Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
- (9) Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- III. (1) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (2) Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.
- (3) Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (4) Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (5) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen

rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

- (6) Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
- (7) Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (8) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

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

§ 5 entfällt

§ 6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 7 I. zahlen.
Für eine Infektion mit Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (Hirnhautentzündung durch Zeckenbiss) nach § 2 II. (3) beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Wartezeit. Die Wartezeit beträgt 91 Tage, gerechnet vom Beginn des Versicherungsschutzes nach Absatz I. Für Personen, die in der etwa vereinbarten Vorsorgeunfallversicherung nach § 13 versichert sind, gilt die Wartezeit ab dem Zeitpunkt, zu dem die Voraussetzungen der Vorsorgeunfallversicherung erfüllt sind.
- II. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner
 - (1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;
 - (2) wenn der Versicherer eine Geldleistung nach § 11 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine Geldleistung erhoben worden ist.
Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Sie wird erst nach Ablauf eines Monats ab Zugang wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode wirksam wird.
- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.
- V. Hat in der Kinder-Unfallversicherung der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet und stirbt er während der Versicherungsdauer, wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Dies gilt nicht, wenn der Todesfall durch ein Kriegs- oder Bürgerkriegsereignis verursacht worden ist.

§ 7 Beiträge, Fälligkeit, Verzug und Dynamik

- I. Die Beiträge enthalten die jeweilige gesetzliche Versicherungssteuer und die vereinbarten Nebenkosten. Der erste oder einmalige Beitrag ist, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.
- II.
 - (1) Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
 - (2) Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

- III. (1) Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.
- (2) Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- (3) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (4) Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrages sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach § 7 III. (6) und (7) mit dem Fristablauf verbunden sind.
- (5) Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- (6) Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach § 7 III. (4) darauf hingewiesen wurden.
- (7) Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach § 7 III. (4) darauf hingewiesen haben.
- (8) Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- IV. (1) Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
- (2) Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- (3) Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- V. Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)
- (1) Ist die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart, erhöhen sich die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und den Todesfall, für das Krankenhaustagegeld, das Genesungstagegeld und für die Soforthilfe bei Frakturen (§ 11 I, II, III, V, VIII) ab dem zweiten Versicherungsjahr um jeweils 3 %. Eine Erhöhung der Versicherungssummen für Haushaltshilfegeld, Kosten für kosmetische Operationen und Serviceleistungen (§ 11 IV, VI, VII) erfolgt nicht. Erhöhte Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall werden dabei auf volle 500 Euro, die Soforthilfe bei Frakturen auf volle 5 Euro und die übrigen Versicherungssummen auf 0,5 Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zu dem Beginn des Versicherungsjahres.
- (3) Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
- (4) Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß (3). Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.
Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
- (5) Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.
- (6) Die Vereinbarung der Dynamik gilt nicht für die beitragsfreie Weiterversicherung eines Kindes nach § 6 V. und für die Leistungen in der etwa vereinbarten Vorsorgeunfallversicherung nach § 13.

§ 8 entfällt

§ 9 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- I. Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
- II. (1) Ergibt sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an nur dieser zu zahlen.
- (2) Ergibt sich ein höherer Beitrag, so wird noch für zwei Monate von dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung an Versicherungsschutz nach den bisherigen Versicherungssummen geboten. Tritt nach Ablauf dieser Frist ein Unfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt oder eine Einigung über den Beitrag erzielt worden ist, so vermindern sich die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag.

- (3) a) Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt, – wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat, oder – wenn der Versicherte seine vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.
- b) Hat der Versicherungsnehmer die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, kann der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
- Die Verpflichtung des Versicherers bleibt grundsätzlich bestehen, wenn ihm die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt,
- wenn bei Eintritt des Unfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
 - wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 10 Änderung der Kinder-Unfallversicherung auf Erwachsenentarif

- I. (1) Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat dann folgendes Wahlrecht:
- a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
- b) Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrages zum bisherigen Beitrag.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß Nummer (1) nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag gemäß § 10 I. (1) b) fort.
- (3) Die Versicherung im Bereich der Familien- und Alleinerziehendenunfallversicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat dann, für jedes volljährige Kind, folgendes Wahlrecht:
- a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
- b) Änderung der Leistungen auf Euro
- | | |
|---------------------------|--------|
| Invaliditätsleistung | |
| Grundsumme | 10.000 |
| Höchstleistung | 50.000 |
| Todesfall-Leistung | 5.000 |
| Soforthilfe bei Frakturen | 500 |
| Krankenhaustagegeld | 10 |
| Genesungstagegeld | 10 |
| Kosmetische Operationen | 5.000 |
| Service-Leistungen | 6.000 |
- Der Beitrag ergibt sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers.
- (4) Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß (3) nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag gemäß § 10 I. (3) b) fort.

§ 11 Die Leistungsarten

Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

- I. Invaliditätsleistung
- (1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 19 erbracht.
- Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren zwölf Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.
- (2) Die Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- a) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich diese Invaliditätsgrade:

Arm	Arm im Schultergelenk	70 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	Hand im Handgelenk	55 %
	Daumen	20 %
	Zeigefinger	10 %
	Anderer Finger	5 %
Bein	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	Fuß im Fußgelenk	40 %
	große Zehe	5 %
	andere Zehe	2 %
Sinne	Auge	50 %
	Gehör auf einem Ohr	30 %
	Geruchssinn	10 %
	Geschmackssinn	5 %

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

- b) Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- c) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen verloren gegangen oder beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach a) und b) ergeben, bis zu einem Grenzwert von 100 Prozent zusammengerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 500 %)

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	29	36	69	46	109	56	161	66	221	76	284	86	374	96	464
27	33	37	73	47	113	57	167	67	227	77	293	87	383	97	473
28	37	38	77	48	117	58	173	68	233	78	302	88	392	98	482
29	41	39	81	49	121	59	179	69	239	79	311	89	401	99	491
30	45	40	85	50	125	60	185	70	245	80	320	90	410	100	500
31	49	41	89	51	131	61	191	71	251	81	329	91	419		
32	53	42	93	52	137	62	197	72	257	82	338	92	428		
33	57	43	97	53	143	63	203	73	263	83	347	93	437		
34	61	44	101	54	149	64	209	74	269	84	356	94	446		
35	65	45	105	55	155	65	215	75	275	85	365	95	455		

- (3) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Grad der Gesamtinvalidität um den Grad der Vorinvalidität gemindert. Als Vorinvalidität gelten der Verlust oder die völlige Funktionsunfähigkeit sowie der teilweise Verlust oder die teilweise Funktionsunfähigkeit des Körperteils bzw. Sinnesorgans. Die Vorinvalidität ist nach (2) zu bemessen.
- (4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- (5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- (6) Wenn für den Invaliditätsfall die folgende Invaliditätsstaffel (Progression 500 %) vereinbart wurde, werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 % nicht übersteigenden Teil die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätssumme
- d) für den 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die neunfache Invaliditätssumme.

II. Krankenhaustagegeld

Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre vom Unfalltage an gerechnet. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

III. Genesungstagegeld

(1) Hatte die versicherte Person Anspruch auf mindestens 21 Tagessätze Krankenhaustagegeld (Abs. II.) und ist sie unmittelbar nach der Entlassung aus der vollstationären Heilbehandlung unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch zu mindestens 50 % in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, wird für jeden folgenden Kalendertag Genesungstagegeld gezahlt, an dem diese Beeinträchtigung besteht. Die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit kann sich auf den beruflichen oder den außerberuflichen Bereich beziehen. Ausgeschlossen ist der Anspruch auf Genesungstagegeld für Kalendertage, für die ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht.

(2) Genesungstagegeld wird für insgesamt höchstens 180 Kalendertage gezahlt, längstens jedoch bis zum Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltage.
Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen des selben Unfalls werden wie ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt bewertet.

IV. Haushaltshilfegeld

Haushaltshilfegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt, wenn sich der Versicherte unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertagen in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, wird für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils weiteren 10 Tagen ein Drittel der Versicherungssumme gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen auf Grund desselben Unfalls wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltage bleiben unberücksichtigt. Die vereinbarte Versicherungssumme unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik nach § 7 V.

V. Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen)

Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüche), wird einmalig die Soforthilfe gezahlt. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

VI. Kosten für kosmetische Operationen

(1) Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstandenen notwendigen Kosten für Arzthonorare, für die Unterbringung und für medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden nicht übernommen. Die vereinbarte Versicherungssumme unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik nach § 7 V.

(2) Alle Kosten müssen bis zum Ablauf von 5 Jahren nach dem Unfalltage entstanden und geltend gemacht sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 23. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

VII. Service-Leistungen

(1) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringt der Versicherer die unter a) bis f) genannten Leistungen als Service oder als Ersatz für aufgewandte Kosten, deren Höhe insgesamt auf einen Betrag von 6.000 Euro begrenzt ist. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik nach § 7 V.

a) Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden; diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war;

b) soweit möglich, benennt der Versicherer auf einer Reise im Ausland einen englisch oder deutsch sprechenden Arzt sowie Spezialkliniken und stellt, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her;

c) Ersatz der Kosten für den Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;

d) Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren; zusätzlich Ersatz der Heimfahrt- oder Übernachtungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Lebenspartner der versicherten Person; die Rückkehr- oder Heimfahrtkosten werden bei einfacher Entfernung unter 1.000 Bahnkilometer bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bei größerer Entfernung bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges (economy class) sowie für nachgewiesene Taxifahrten bis zu 50 Euro erstattet; für Übernachtungskosten werden höchstens 75 Euro je Übernachtung und Person bezahlt; für Mitreisende beschränkt sich diese Leistung auf drei Übernachtungen;

e) bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland Ersatz der Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz; bei einem unfallbedingtem Todesfall im Ausland sorgt der Versicherer – nach Abstimmung mit den Angehörigen – für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz;

- f) Benennung einer Haushaltshilfe. Die Kosten der Haushaltshilfe zahlen wir nicht; für ihre Leistung übernehmen wir keine Haftung.

- VIII. Todesfall-Leistung
Führt der Unfall des Versicherten innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.
- IX. Bestehen für die versicherten Kostenarten nach Abs. VI oder VII weitere Versicherungen bei anderen Versicherern, werden Kosten im Rahmen dieser Unfallversicherung nur insoweit erstattet, als die anderen Versicherer ihre vertraglichen oder gesetzlichen Leistungen voll erfüllt haben und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Sind die anderen Versicherer leistungsfrei oder bestreiten sie ihre Leistungspflicht, so kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Unfallversicherer wenden.

§ 12 Einschränkung der Leistungen

- I. Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Todesfall und allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
- Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

§ 13 Vorsorgeunfallversicherung

- I. Ist die Unfallversicherung mit Vorsorgeunfallversicherung vereinbart, sind während der Wirksamkeit des Vertrags folgende nach Versicherungsbeginn hinzukommende Angehörige des Versicherten für 3 Monate ab dem jeweils genannten Ereignis ohne zusätzlichen Beitrag versichert:
- der Ehepartner des Versicherten ab der Eheschließung,
 - der nichteheliche Lebenspartner des Versicherten und dessen minderjährige Kinder ab der behördlichen Meldung an einem gemeinsamen Wohnsitz mit dem Versicherten,
 - leibliche Kinder des Versicherten ab der Vollendung der Geburt,
 - minderjährige Kinder des Ehegatten des Versicherten, die in die Ehe eingebracht werden, ab der Eheschließung,
 - minderjährige adoptierte Kinder des Versicherten ab dem Zeitpunkt der Adoption.
- II. Der Versicherungsschutz verlängert sich auf insgesamt 6 Monate, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Eheschließung, die behördliche Meldung, die Geburt oder die Adoption innerhalb von 3 Monaten nach dem jeweiligen Ereignis anzeigt.
- III. In der Vorsorgeunfallversicherung sind unabhängig von den sonst vereinbarten Leistungsarten ausschließlich Invalidität und Tod versichert. Die Versicherungssummen betragen für Volljährige 25.000 Euro im Invaliditätsfall und 5.000 Euro im Todesfall. Für Minderjährige gilt jeweils die Hälfte dieser Versicherungssummen. Alle Versicherungssummen unterliegen auch dann nicht der Progression 500 % (§ 11 I. (6)) oder der Dynamik (§ 7 V.), wenn dies ansonsten vereinbart sein sollte.
- IV. Bestehen bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft mehrere Vorsorgeunfallversicherungen, können Leistungen für die hinzukommende Person nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

§ 14 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles trägt der Versicherer.
- IV. Die Ärzte, die in den vorgelegten Unterlagen benannt sind oder an der Heilbehandlung des Versicherten beteiligt waren, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- V. Eine Infektion nach § 2 II. (3) ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung von Laborbefunden nachzuweisen.
- VI. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe bei Frakturen nach § 11 V. spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attests zu begründen.

§ 15 Die Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- I. Wird eine Obliegenheit nach § 14 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- II. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
- III. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- IV. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

§ 16 Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die notwendigen ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer.
- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.
- III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer angemessene Vorschüsse.
- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres wird die Frist von 3 Jahren auf 5 Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Dieses Recht muss von der ARAG zusammen mit der Erklärung über die Leistungspflicht nach I. vom Versicherten vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
Das Recht auf erneute ärztliche Bemessung muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.
Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 17 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 18 Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- II. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

§ 19 Rentenzahlung bei Invalidität

- I. Soweit bei Invalidität Rentenzahlung vorgesehen ist (§ 11 I. (1)), ergeben sich für eine Kapitalleistung von 1.000 Euro die folgenden Jahresrentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltage vollendete Lebensjahr zugrunde gelegt.

Alter	Betrag der Jahresrente in Euro	
	Männer	Frauen
65	106,22	87,89
66	110,52	91,34
67	115,08	95,08
68	119,90	99,13
69	125,01	103,52
70	130,41	108,29
71	136,12	113,46
72	142,16	119,08
73	148,57	125,16
74	155,38	131,75
75 und darüber	162,65	138,89

- II. Die Rente wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung, spätestens vom Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres an, bis zum Ende des Vierteljahres entrichtet, in dem der Versicherte stirbt. Sie wird jeweils am Ersten eines Vierteljahres im voraus gezahlt. Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- III. Versicherungsnehmer und Versicherer können innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Bemessung der Rente jährlich eine Neubemessung verlangen.

§ 20 Verjährung und Klagefrist

- I. Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

§ 21 Gerichtsstände

- I. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- II. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

§ 22 Schlussbestimmung

Soweit nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Dies gilt insbesondere für das Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1 Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- (1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- (2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.
- (3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- (4) Aufgrund der festgestellten Kopfzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersten Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
- (5) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angabe der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Betrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbetrag nachzuzahlen.

§ 2 Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- (1) Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung als versichert.
- (2) Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind wie der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beiträgen versichert wie diese.
- (3) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrags als versichert.
- (4) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallene Teil zu zahlen.

§ 3 Vertragsdauer (Zusatz zu § 6 AUB 99)

- (1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- (2) Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:
 - a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet.
 - b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmals festgestellt ist (§16 AUB 99) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2000)*

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), abgeschlossen. Abweichend von den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt Folgendes:

1. Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung unmittelbar bei uns geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person.
2. Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

* Mit diesen Besonderen Bedingungen wird unter Berücksichtigung des Erlasses des Bundesministeriums der Finanzen vom 17.07.2000 erreicht, dass zwar die Beiträge zu versteuern sind, die Leistungen aber grundsätzlich steuerfrei bleiben. Unberührt davon bleibt die Besteuerung von Rentenzahlungen mit ihrem Ertragsanteil (Stand 17.07.2000, Änderungen vorbehalten).

