

Bedingungen und Verbraucherinformationen für die VPV Vital / VPV Vital Junior

3.PES.0221 10.2011 EA

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Allgemeine Verbraucherinformation gemäß §§ 7, 8 Versicherungs-
vertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über
Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

- A. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008)
- B. Besondere Bedingungen für die VPV Vital (BB VPV Vital 2011)
- C. Besondere Bedingungen für die VPV Vital Junior (BB VPV Vital Junior 2011)
- D. Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)
- E. Merkblatt zur Datenverarbeitung

Inhalt

	Seite	Seite
Allgemeine Verbraucherinformationen		
gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)	3	
A. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008)		
Der Versicherungsumfang	5	
1 Was ist versichert?	5	
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	5	
3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	6	
4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	6	
5 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	7	
Der Leistungsfall	7	
6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	7	
7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	7	
8 Wann sind die Leistungen fällig?	7	
Die Versicherungsdauer	8	
9 Wann beginnt und wann endet Ihr Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz?	8	
Der Versicherungsbeitrag	8	
10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	8	
Weitere Bestimmungen	9	
11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	9	
12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	9	
13 Wann verjähren die Ansprüche aus Ihrem Vertrag?	10	
14 Welches Gericht ist zuständig?	10	
15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	10	
16 Welches Recht findet Anwendung?	10	
17 Schlussbestimmung	10	
B. Besondere Bedingungen für die VPV Vital (BB VR 2011)	11	
I. Der Versicherungsumfang	11	
II. Leistungsarten	11	
1 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)	11	
2 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)	11	
3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)	12	
4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)	14	
5 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)	14	
6 Vital Service-Management	15	
III. Weitere Bestimmungen	15	
1 Erweiterung des Versicherungsschutzes	15	
2 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität	15	
3 Nicht versicherbare Personen	15	
4 Ende des Vertrages	15	
5 Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung	15	
6 Ausschlüsse	16	
7 Wartezeit	16	
8 Innovationsklausel	16	
9 Arbeitslosigkeit	16	
IV. Rentenleistung	16	
1 Zeitpunkt der Rentenleistung	16	
2 Höhe der Leistung	16	
3 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung	16	
4 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung	17	
5 Folgen bei Verletzung von Pflichten	17	
6 Dynamisierung der Rentenleistung	17	
7 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen	17	
C. Besondere Bedingungen für die VPV Vital Junior (BB Vital Junior 2011)		18
I. Der Versicherungsumfang		18
II. Leistungsarten		18
1 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)		18
2 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)		18
3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)		19
4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)		20
5 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)		20
6 Vital Service-Management		21
7 Kapitalleistung		22
III. Weitere Bestimmungen		22
1 Erweiterung des Versicherungsschutzes		22
2 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität		22
3 Nicht versicherbare Personen		22
4 Ende des Vertrages		22
5 Optionsrecht zum Ablauf des Vertrages bei Erreichen des 18. Lebensjahres		22
6 Ausschlüsse		22
7 Wartezeit		22
8 Innovationsklausel		23
9 Arbeitslosigkeit		23
10 Verdopplung der Rentenhöhe bei Tod des Versicherungsnehmers		23
IV. Rentenleistung		23
1 Zeitpunkt der Rentenleistung		23
2 Höhe der Leistung		23
3 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung		23
4 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung		24
5 Folgen bei Verletzung von Pflichten		24
6 Dynamisierung der Rentenleistung		24
7 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen		24
D. Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)		25
E. Merkblatt zur Datenverarbeitung		26

Allgemeine Verbraucherinformation

gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Die nachstehende Information gibt in übersichtlicher und verständlicher Form einen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages. Die dargestellten Informationen sind nicht abschließend. Die maßgeblichen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsantrag, der Versicherungspolice, den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Informationen zum Versicherungsunternehmen

1. Angaben zum Versicherer und vertretungsberechtigte Personen

Der Versicherer ist die VPV Allgemeine Versicherungs-AG, nachfolgend VPV genannt.

Die VPV ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Köln unter folgender Adresse:

VPV Allgemeine Versicherungs-AG

Pohligstraße 3

50969 Köln

Vorstand:

Dr. Hans Bücken, Vorsitzender

Torsten Hallmann, Dr. Oliver Lang, Lars Georg Volkmann

Die VPV ist im Handelsregister des Amtsgerichtes Köln unter der Handelsregister-Nr. HRB 1502 eingetragen.

2. Hauptgeschäftstätigkeit

Betrieb der Schaden- und Unfallversicherung.

Der Versicherer ist außerdem berechtigt, sich an anderen Versicherungsunternehmen zu beteiligen.

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Die VPV Allgemeine Versicherungs-AG unterliegt der Aufsicht durch die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Graurheindorfer Straße 108 · 53117 Bonn

oder

Postfach 1253 · 53002 Bonn

Informationen zur angebotenen Leistung

3. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns gelten der Antrag, der Versicherungsschein, etwaige Nachträge des Versicherungsscheins, und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gegebenenfalls einschließlich der Besonderen Bedingungen und Klauseln. Die Versicherungsbedingungen sowie die Besonderen Bedingungen und Klauseln finden Sie nachfolgend abgedruckt.

b) Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen entnehmen Sie bitte dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein und den nachfolgend abgedruckten Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den Besonderen Bedingungen und Klauseln.

4. Angaben zur Versicherungsprämie

Die Versicherungsprämie enthält alle darauf zu entrichtenden Steuern sowie eventuelle Zuschläge aufgrund einer vereinbarten Zahlungsweise.

Höhe und Zahlungsweise der Prämie entnehmen Sie bitte ebenfalls dem von Ihnen ausgefüllten Antragsformular und dem Versicherungsschein.

5. Zusätzliche Gebühren und Kosten

Zusätzliche Gebühren oder Kosten, z.B. für die Antragsbearbeitung oder für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln werden nicht erhoben. Vermittler sind nicht berechtigt, von Ihnen irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags zu erheben.

6. Einzelheiten zur Zahlung der Prämien

Die Prämien sind zum jeweiligen Fälligkeitstermin zu ent-

richten. Dieser ist in Ihrem Versicherungsschein enthalten. Die Prämien können monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich entrichtet werden. Zusätzlich besteht bei einigen Tarifen die Möglichkeit zur Zahlung eines Einmalbeitrags. Für die Prämienzahlung ist die bei der Antragsstellung vereinbarte Zahlungsweise maßgeblich. Entsprechend der getroffenen Vereinbarung wird die Prämie entweder durch Überweisung oder per Lastschrift von Ihnen gezahlt. Näheres entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Vertragsabschluss, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Wenn Sie jedoch die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig zahlen, können wir von dem Vertrag zurücktreten und der Versicherungsschutz tritt rückwirkend außer Kraft.

7. Gültigkeitsdauer des Angebots

Angebote sind für uns vier Wochen bindend, es sei denn durch eine gesetzliche Vorschrift ist eine Änderung notwendig oder ein zwischenzeitlich eingetretenes Ereignis (entsprechend der Antragsfragen) bedingt eine erneute Antragsprüfung.

Informationen zum Vertrag

8. Zustandekommen des Versicherungsvertrages

Der Abschluss eines Versicherungsvertrages setzt zwei übereinstimmende Willenserklärungen voraus. Der Versicherungsvertrag kommt somit durch eine von Ihnen abgegebene Willenserklärung (beispielsweise in Form des ausgefüllten Versicherungsantrags) und durch die Übersendung des Versicherungsscheins wirksam zustande, sofern Sie Ihre Vertragserklärung nicht wirksam widerrufen (Einzelheiten zum Widerrufsrecht siehe unter Nr. 9).

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Vertragsabschluss, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie (siehe Allgemeine Bedingungen).

Wurde eine vorläufige Deckungszusage abgegeben, gewährt die VPV bis zur Zustellung der Police Versicherungsschutz im Umfang der schriftlich gewährten vorläufigen Deckungszusage. Sofern Sie Ihre Vertragserklärung wirksam widerrufen haben, endet der Versicherungsschutz über die vorläufige Deckung mit dem Zugang des Widerrufs bei der VPV.

9. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail, E-Postbrief) widerrufen. Haben Sie einen Antrag unterschrieben, beginnt die Frist erst dann zu laufen, 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. Haben Sie ein Angebot angefordert, beginnt die Frist am Tag, nachdem Sie Ihre Annahmeerklärung zum Vertragsangebot an uns abgesendet haben. Unabhängig davon beginnt die Frist erst dann zu laufen, wenn 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:
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
Pohligstr. 3, 50969 Köln
- Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
0 18 03 / 45 55 34 99 (0,09 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.)
- Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten:
info@vpv.de
- Bei einem Widerruf per E-Postbrief ist der Widerruf an folgende E-Postbrief-Adresse zu richten:
info@vpv.epost.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 Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag. Dieser Betrag wird zeitanteilig berechnet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung.

10. Angaben zur Laufzeit

Die Angaben zur Laufzeit Ihres Versicherungsvertrags entnehmen Sie bitte dem Antragsformular. Dort ist die von Ihnen gewünschte Vertragsdauer eingetragen. Sie ist auch im Versicherungsschein abgedruckt.

11. Vertragliche Kündigungsmöglichkeiten

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

Bei einer Vertragsdauer von drei oder mehr Jahren kann der Vertrag zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten von Ihnen gekündigt werden.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr und bei Verträgen, die von vornherein einen festen Endtermin vorsehen, endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Im Übrigen besteht ein Kündigungsrecht auch in folgenden Fällen:

- Für den Versicherer und den Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsfall.
- Für den Versicherer bei Nichtzahlung des Folgebeitrags.
- Für den Versicherungsnehmer bei Prämien erhöhungen.

Einzelheiten können Sie den nachfolgend abgedruckten Allgemeinen Bedingungen entnehmen. Gesetzliche Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

12. Anzuwendendes Recht

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

13. Anzuwendende Sprache

Die Bedingungen, alle weiteren Vertragsbestimmungen und diese Verbraucherinformation werden Ihnen in deutscher Sprache mitgeteilt. Die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache geführt.

Informationen zu außergerichtlichen Rechtsbehelfen

14. Versicherungsombudsmann

Als Verbraucher haben Sie die Möglichkeit, sich bei Beschwerden gegen uns als Ihren Versicherer an den Versicherungsombudsmann zu wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.

Leipziger Str. 121 · 10117 Berlin

Telefon: 0 800 / 36 96 000

Telefax: 0 800 / 36 99 000

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Dort haben Sie die Möglichkeit eines kostenlosen außergerichtlichen Schlichtungsverfahrens, solange die geltend gemachten Ansprüche nicht verjährt sind. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist.

Der Beschwerdegegenstand darf nicht bereits vor einem Gericht, Schiedsgericht oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung anhängig sein oder entschieden oder geschlichtet worden sein.

Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns 6 Wochen Zeit für unsere Entscheidung gegeben haben.

Bis zu einem Beschwerdewert von 10.000 € trifft der Ombudsmann eine Entscheidung, an die wir gebunden sind. Ihnen steht dagegen weiterhin der Weg zum Gericht offen. Bei Beschwerden mit einem Wert von über 10.000 € spricht der Ombudsmann eine für beide Seiten unverbindliche Empfehlung aus. Ab einem Beschwerdewert von 100.000 € ist ein Verfahren vor dem Ombudsmann nicht mehr möglich.

Durch die Einlegung der Beschwerde bei dem Ombudsmann wird Ihr Recht auf Beschreiten eines Rechtsweges bei den ordentlichen Gerichten nicht berührt.

15. Beschwerden

Bei Beschwerden können Sie sich direkt an die Direktion der VPV Allgemeine Versicherungs-AG wenden. Wenn Sie nicht zuerst mit der VPV Allgemeine Versicherungs-AG über Ihr Anliegen sprechen möchten, können Sie sich auch an die unter Nr. 2 genannte Aufsichtsbehörde wenden.

Neben den Rechtsbehelfen nach Nr. 14 und Nr. 15 bleibt die gerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen unberührt.

A. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008)

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte der Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) bzw. den Besonderen Versicherungsbedingungen (BB).

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Ein Unfall liegt auch bei unfreiwilligen Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen vor, soweit es sich um die Folgen eines einzelnen vom alltäglichen Geschehen abweichenden, unerwartet eintretenden Ereignisses handelt.
Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zu Stande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).
Wir bieten auch Versicherungsschutz für tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod sowie der Erfrierungstod unter Wasser, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - > ein Gelenk verrenkt wird oder
 - > Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Nr. 3), sowie die Ausschlüsse (Nr. 4) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Haben Sie mit uns Leistungen nach den Besonderen Bedingungen für Kosmetische Operationen oder Kurbeihilfe vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen den folgenden Bestimmungen (Ziffer 1.2 BB KosmOP 2008, Ziffer 1.1 BB Kurbeihilfe 2008) zu entnehmen.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung und Fristen:

- 2.1.1.1 Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person durch den Unfall dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität
 - > innerhalb **eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten und
 - > innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
 - > innerhalb von **15 Monaten** nach dem Unfall von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

2.1.1.2 Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung. Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

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

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

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

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

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

2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

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

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

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

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt
- > nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und

- > ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- > noch um mindestens 50% beeinträchtigt ist,
- > die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- > Die Beeinträchtigung muss spätestens sieben Monate nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- > in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- > in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

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

2.4 Krankenhaus-Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.6 Todesfallleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 6.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- > im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- > im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

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

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle in Folge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit beruhen, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 0,8 Promille liegt.

Versicherungsschutz besteht auch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

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

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

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

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

4.1.4 Unfälle der versicherten Person

> als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

> bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

> bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

4.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

4.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

4.2.4 Infektionen.

4.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- > durch Insektenstiche oder -bisse oder

- > durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- 4.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
 - > Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - > Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- 4.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 4.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

5 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

- 5.1 Umstellung des Kinder-Tarifs
 - 5.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
 - > Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 - > Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
 - 5.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der zweiten Wahlmöglichkeit fort.
- 5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
 - 5.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist die Gefahrengruppe.
Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.
 - 5.2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
 - 5.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen.

Der Leistungsfall

6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

- Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.
- 6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
 - 6.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
 - 6.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
 - 6.4 Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
 - 6.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 6 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

- 8.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
 - > Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - > beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
 Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 8.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 8.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleis-

tung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

- 8.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf 5 Jahre. Dieses Recht muss
- > von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1,
 - > von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.
- 8.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet Ihr Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz?

- 9.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2 zahlen.
- 9.2 Dauer und Ende Ihres Vertrages
Ihr Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet Ihr Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann Ihr Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 9.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Ihren Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 9.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen
Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

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

- 10.1 Beitrag und Versicherungsteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
- 10.2.1 Fälligkeit des ersten oder einmaligen Beitrags
Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.
Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.
Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem in Satz 1 oder 2 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem die Zahlung bewirkt ist.
Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
Bei Vereinbarung der Beitragszahlung in Raten gilt die erste Rate als erster Beitrag.
- 10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 10.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 10.3.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 10.3.3 und 10.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 10.3.3 Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 10.3.4 Kündigung
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

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

- 10.4 **Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung**
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 10.5 **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.
Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 10.6 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 10.7 **Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- > Sie bei Versicherungsbeginn das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - > die Versicherung nicht gekündigt war und
 - > Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt folgendes:
- 10.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 10.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

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

12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 12.1 **Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände**
Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem

vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des § 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

12.2 Rücktritt

- 12.2.1 **Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts**
Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

- 12.2.2 **Ausschluss des Rücktrittsrechts**
Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

- 12.2.3 **Folgen des Rücktritts**
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

- 12.3 **Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung**
12.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.
Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen An-

zeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

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

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

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

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

12.4 Anfechtung

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.

13 Wann verjähren die Ansprüche aus Ihrem Vertrag?

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

14 Welches Gericht ist zuständig?

- 14.1 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.
- 14.2 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.

15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

- 15.1 Form
- Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind die für uns bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber uns erfolgen, in Textform abzugeben. Erklärungen und Anzeigen sollen an unsere Hauptverwaltung

gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben unberührt.

- 15.2 Nichtanzeige einer Anschriften- bzw. Namensänderung
- Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Entsprechendes gilt bei einer uns nicht angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

- 15.3 Nichtanzeige der Verlegung der gewerblichen Niederlassung

Haben Sie die Versicherung unter der Anschrift seines Gewerbebetriebs abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach Nr. 15.2 entsprechend Anwendung.

16 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

17 Schlussbestimmung

Sollte eine Bestimmung dieser Versicherungsbedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht. In einem solchen Fall gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

B. Besondere Bedingungen für die VPV Vital

Für Ihren Versicherungsvertrag VPV Vital gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) und die folgenden Besonderen Bedingungen für die VPV Vital. Sofern nicht in diesen Besonderen Bedingungen davon abweichende Regelungen getroffen sind, gelten die AUB 2008.

I. Der Versicherungsumfang

Die VPV Vital unterscheidet fünf Leistungsarten:

- > Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente – siehe II. Ziffer 1);
- > Rentenleistung bei Organschäden (Organrente – siehe II. Ziffer 2);
- > Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente – siehe II. Ziffer 3);
- > Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente – siehe II. Ziffer 4) und
- > Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente – siehe II. Ziffer 5).

Zusätzlich werden im Leistungsfall Beratungsleistungen erbracht (Vital Service-Management – siehe II. Ziffer 6).

Der Leistungsfall muss vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Die Leistung wird als monatliche Rente während der vereinbarten Rentenzahlungsdauer gezahlt. Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs der monatlichen Rente endet gleichzeitig die Pflicht zur Beitragszahlung für die Dauer des Leistungsbezugs.

Der Anspruch auf Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart vorliegen. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

Mit Ausnahme der Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente) gilt Folgendes:

Die Leistungserbringung ist zunächst auf 3 Jahre befristet. Innerhalb dieser 3 Jahre nach Zahlung der ersten Monatsrente haben wir jährlich das Recht, eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist).

Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt. Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder in Kraft.

Sofern länger als 3 Jahre ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegen haben, wandelt sich der befristete Rentenanspruch in einen dauerhaften Rentenanspruch um und wir zahlen Ihre Rente lebenslang.

II. Leistungsarten

1 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

1.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 2 Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

1.2 Voraussetzung für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Nr. 2.1.1 AUB 2008 gegeben. Der Unfall hat ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen zu einem nach Nr. 2.1.2.2.1 bis Nr. 2.1.2.2.4 und Nr. 3 AUB 2008 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

1.3.1 Die Unfallrente zahlen wir

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

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

a) die versicherte Person stirbt.

b) wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Nr. 8.4 AUB 2008 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

1.4 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität

In Abänderung zu Nr. 2.1.1.1 AUB 2008 ist die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festzustellen und von Ihnen bei uns geltend zu machen.

1.5 Vorerkrankungen

Auswirkungen von Gebrechen und Krankheiten im Sinne von Ziffer 3 AUB 2008 werden bei der Bemessung der Minderung der Invalidität berücksichtigt. Nach Ziffer 3 AUB 2008 unterbleibt die Minderung jedoch, wenn der Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens weniger als 25 % beträgt.

1.6 Berufliches Flugrisiko

In Abänderung von Ziffer 4.1.4 AUB 2008 sind alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert. Ausgeschlossen bleiben berufliche Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie als Drachenfluglehrer, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot.

2 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

2.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.2 Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im Folgenden unter 2.3 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.3 Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der versicherten Organe und Krankheiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

2.3.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarkes, die zu einer vollständigen Lähmung

- > eines Beines und eines Armes

oder

- > mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 oder mehr Prozent aufgehoben ist. Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten beurteilt.

2.3.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die

- > zu einer dauerhaften Betreuer/Vormundschaft oder dauerhaften Pflegschaft oder
- > zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- > zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung geführt haben.

- Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.
- 2.3.3 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen
Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben. Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:
> Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
> Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
> Herzvergrößerung Herz-Thorax-Ratio größer gleich 1,5 oder
> Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV
Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.
- 2.3.4 Nierenerkrankungen
Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die z.B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind. Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte
> Glomeruläre Filtrationsrate 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
> Kreatinin-Clearance von 30ml/min /1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder der
> Kreatininwert 4mg/dl (350µmol/l) nicht unterschritten wird.
Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.
- 2.3.5 Lungenerkrankungen
Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen, wie z.B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt. Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt. Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:
> Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40% oder
> Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40% oder
> Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut (pO2) kleiner gleich 50% ist.
Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.
- 2.3.6 Lebererkrankungen
Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
> Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
> Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
> Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51µmol/l)
> Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
> Quickwert kleiner gleich 40%
Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein.
Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.
- 2.4 Beginn und Dauer der Leistung
Die Rente zahlen wir
> rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer
> monatlich im Voraus.
Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
> die versicherte Person stirbt oder
> eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.
- 2.5 Vorerkrankungen
In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2008 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.
- 3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)**
- 3.1 Beschreibung
In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:
- 3.2 Voraussetzung für die Leistung
In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach der unter 3.3 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktezahle von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein.
Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.
- 3.3 Bewertungsmaßstab
Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten (II. 3.3.1 – 3.3.2.4) unterscheidet zwei Grundfähigkeitenarten: A und B. Die Punktezahle von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesen Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50%. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.
- 3.3.1 Grundfähigkeiten der Kategorie A
> Sehen
> Sprechen
> Hören
> Sich Orientieren
Der vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.
- 3.3.1.1 Verlust des Sehvermögens (Blindheit)
Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:
Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln
a) nicht mehr als 1/50, oder
b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder

d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder

e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

3.3.1.2 Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen.

Insbesondere psychogener Sprachverlust ist ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.3.1.3 Verlust des Hörvermögens (Taubheit)

Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person basierend auf folgender Definition auf beiden Seiten vollständig ertaubt ist:

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

3.3.1.4 Verlust der Orientierung

Geleistet wird, wenn die betreffende Person:

> nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

Dieser Zustand muss dauerhaft und irreversibel sein.

3.3.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen (II. 3.3.2.1 – 3.3.2.4), denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

3.3.2.1 Obere Extremitäten

Handfunktionen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen

25 Punkte

oder

kann Messer und Gabel nicht gleichzeitig benutzen

25 Punkte

oder

kann kleine Teile wie z.B. einen Bleistift nicht vom Boden aufheben

25 Punkte

oder

kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg ausführen.

25 Punkte

Heben und Tragen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

25 Punkte

Arme bewegen

Es ist der versicherten Person nicht möglich, eine Jacke

oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. Das heißt: Es ist nicht möglich, nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke mit jedem Arm anzuziehen.

„Nach hinten greifen“ bedeutet hierbei die nach oben und hinten sowie die nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Nackengriff und Schürzenbindegriff) beider Arme.

„Jacke oder Mantel“ bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln.

„Beide Arme“ bedeutet, dass sowohl der linke als auch der rechte Arm in gleicher Weise eingeschränkt ist.

25 Punkte

3.3.2.2 Untere Extremitäten

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen nicht hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht unterschreiten:

> Treppe hinauf gehen **15 Punkte**

> Treppe hinunter gehen **15 Punkte**

Nicht gehen können

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen.

Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 10 Minuten betragen.

Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. **30 Punkte**

Stehen

Die versicherte Person kann keine 10 Minuten stehen, ohne sich abzustützen.

Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. **30 Punkte**

Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. **30 Punkte**

3.3.2.3 Wirbelsäule und Becken

Sitzen und Erheben

Definition „Sitzen“:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren.

20 Punkte

Definition „sich erheben“:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden). **20 Punkte**

„Ohne Gebrauch der Hände und Arme“ bedeutet: Ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

Beugen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen. **30 Punkte**

3.3.2.4 Mobilität

Auto fahren

Aus medizinischen Gründen ist der versicherten Person die Fahrberechtigung entzogen worden.

Der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften ist ausgeschlossen.

Bei der Fahrberechtigung handelt es sich um einen Führerschein der Klasse „B“ – Stand 2005 – (Alt: Führerscheinklasse III).

Berufskraftfahrberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung. **30 Punkte**

3.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

> rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer

> monatlich im Voraus.
Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
> die versicherte Person stirbt oder
> eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

3.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2008 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erhält während der Vertragslaufzeit aufgrund eines Unfalles oder wegen einer Krankheit eine Einstufung in die Pflegestufe I, II oder III nach deutschem Sozialgesetzbuch.

Dies entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %.

Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend.

Ziffer III. 3.1.1 und III. 3.1.2 finden keine Anwendung, sofern die Beeinträchtigungen während der Vertragslaufzeit eintreten.

4.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

> rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Pflegestufe I, II oder III zuerkannt wurde

> monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

> die versicherte Person stirbt oder

> keine Pflegestufe mehr besteht.

Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegestufe nach dieser Frist entfallen ist.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Pflegestufe innerhalb eines Monats zu melden.

4.4 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2008 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

5.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

5.2 Voraussetzung für die Leistung / Bewertungsmaßstab

5.2.1 Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt als Leistungsfall der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren). Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM classification of malignant tumours, seventh edition“ der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV) sind. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen im Sinne von 5.2.1 Satz 3 berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tu-

mours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt. Geleistet wird bei allen Tumoren des Stadiums/Grades II oder höher.

Ausgeschlossen sind:

> alle Carcinoma-in-situ (TIS)

> Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3

> sowie alle Hautkrebskrankungen der Stadien I und II

5.2.2 Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt als Leistungsfall unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Lymphknoten- und/oder Blutkrebskrankung.

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Krebserkrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in 4 Stadien eingeteilt.

Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells

Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark)

Geleistet wird bei allen Blutkrebs- oder Lymphknotenkrebskrankungen des Stadiums 2 oder größer.

5.2.3 Krebserkrankungen im Sinne von 5.2.1, die nicht in Stadien entsprechend der „TNM classification of malignant tumours, seventh edition“ der International Union Against Cancer (UICC) eingeteilt sind, werden nach der Organrente (Ziffer 2), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) berücksichtigt.

5.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird gezahlt bei einer Krebserkrankung im Stadium/Grad

> II für die Dauer von max. 12 Monaten,

> III für die Dauer von max. 36 Monaten,

> IV für die Dauer von max. 60 Monaten.

Die Rentenzahlung endet

> zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

Innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Rentenzahlung haben Sie das Recht, den Versicherungsschutz in Höhe und Umfang der zuletzt bezogenen Rentenleistung rückwirkend zum Ende der Rentenzahlung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu reaktivieren

5.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

5.4.1 Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung

Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Krebsstadiums oder Grades auf, erhöht sich die Leistungsdauer entsprechend des neuen Stadiums/Grades. Bereits gezahlte Renten werden angerechnet.

5.4.2 Wiederauftreten einer Krebserkrankung

Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach vermuteter Heilung erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet.

5.4.3 Auftreten einer weiteren Krebserkrankung

Tritt eine weitere Krebserkrankung auf, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung steht (z. B. durch Metastasierung), für die bereits Leistungen erbracht wurden, gelten die Ziffern 5.4.1 und 5.4.2 entsprechend. Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

- 5.4.4 Erfüllen der Kriterien von anderen Leistungsarten
Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Anforderungen der Organrente (Ziffer 2), der Grundfähigkeitsrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) erfüllt, wird die Leistung unter Berücksichtigung von Ziffer 5.2.1 hieraus erbracht.

6 Vital Service-Management

- 6.1 Beschreibung
Sind die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 1, 2, 3, 4 oder 5 gegeben, erbringen wir ergänzend zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) folgende persönliche Beratungsleistungen:
- 6.1.1 Über unser 24-Stunden-Service-Telefon besteht die Möglichkeit, sich über Alternativen medizinischer Maßnahmen beraten zu lassen. Auf Wunsch vermitteln wir einen Besuch durch einen Reha-Berater oder behandelnden Arzt im Krankenhaus oder zu Hause.
- 6.1.2 Mit unserer Medical Helpline informieren wir über Möglichkeiten medizinischer Versorgung nach Unfällen im In- und Ausland und benennen deutsch sprechende Ärzte.
- 6.1.3 Wir organisieren den Krankenbesuch einer nahe stehenden Person, wenn die versicherte Person im Krankenhaus behandelt werden muss.
- 6.1.4 Wir benennen geeignete Fachärzte im In- und Ausland sowie Spezialkliniken, Reha-Zentren und Kureinrichtungen und geben über die jeweiligen technischen Ausstattungen Auskunft. Auf Wunsch halten wir mit den behandelnden Ärzten Kontakt und informieren die versicherte Person über den Stand der Behandlung. Zudem organisieren und koordinieren wir die medizinische Rehabilitation.
- 6.1.5 Nach einem schweren Unfall der versicherten Person oder dem unfallbedingten Tod einer mitversicherten Person vermitteln wir im In- und Ausland psychotraumatologische Hilfe am Telefon oder ein persönliches Gespräch im Krankenhaus bzw. zu Hause mit einem erfahrenen Psychologen.
- 6.1.6 Wir helfen bei der beruflichen Wiedereingliederung. So bieten wir eine berufliche Erstberatung an, wenn infolge der Unfallverletzung ein Arbeitsplatzverlust droht oder eine berufliche Neuorientierung notwendig ist. Es werden die Möglichkeiten einer beruflichen Neuorientierung und die Wege dazu aufgezeigt.
- 6.1.7 Weiterhin geben wir eine persönliche Pflegeberatung zur Organisation der häuslichen oder stationären Pflege einschließlich Hilfsmittelberatung, wenn infolge des Unfalls Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder eine Pflegebedürftigkeit droht.
- 6.1.8 Ist infolge der eingetretenen Unfallverletzung eine Nutzung der bisherigen Wohnung nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät unser Planungsbüro für behindertengerechtes Bauen bei der Gestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums und unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objekts. Gleichzeitig beraten wir Sie über Umbaumaßnahmen Ihres Autos bzw. andere geeignete Hilfsmittel.
- 6.2 Voraussetzung für die Leistung
Sind die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 1, 2, 3, 4 oder 5 gegeben, erbringen wir die in 6.1 aufgeführten persönlichen Beratungsleistungen.
- 6.3 Beginn und Dauer der Leistung
Die in 6.1 aufgeführten persönlichen Beratungsleistungen werden für eine Dauer von maximal 2 Jahren erbracht.

III. Weitere Bestimmungen

1 Erweiterung des Versicherungsschutzes

- 1.1 Rettungsmaßnahmen
Als Unfälle gelten auch Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

- 1.2 Nahrungsmittelvergiftungen
Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen sind mitversichert. Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.

2 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität

In Abänderung zu Nr. 2.1.1.1 AUB 2008 ist die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festzustellen und von Ihnen bei uns geltend zu machen.

3 Nicht versicherbare Personen

- 3.1 Nicht versicherbare Personen
- 3.1.1 Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd schwer oder schwerst pflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung. Die versicherte Person ist schwerpflegebedürftig, sobald sie in der Pflegestufe II der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird, sie ist schwerstpflegebedürftig, sobald sie in die Pflegestufe III der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird.
- 3.1.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 3.1.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 3.1.3 Der für diese Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückerstattet.

4 Ende des Vertrages

- 4.1 Grundsätzliches
Ihr Vertrag endet – in Abweichung von Ziffer 9.2 AUB 2008 – ohne dass es einer Kündigung bedarf, spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet oder nach Zahlung der ersten Rentenleistung bei einer unbefristeten Rentenleistung.
- 4.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
Sie können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 9.2 oder Ziffer 9.3 AUB 2008 entsprechend kündigen.

5 Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung

- 5.1 Sie können unter den nachfolgenden Voraussetzungen einmalig, ohne erneute Risikoprüfung, die versicherte monatliche Rente erhöhen, sofern diese Erhöhung nicht mehr als 25 % (max. 500 Euro) der bislang versicherten monatlichen Rente beträgt (Erhöhungsgarantie).
- 5.1.1 bei Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z.B. Heiratsurkunde) einzureichen;
- 5.1.2 bei Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;
- 5.1.3 bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen;
- 5.1.4 bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (z.B. rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen;
- 5.1.5 bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken durch die versicherte Person, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen.
- 5.2 Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus,
- 5.2.1 dass die versicherte Person nicht älter als 40 Jahre ist;
- 5.2.2 dass der zu diesem Zeitpunkt in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag noch nicht erreicht ist
- 5.2.3 dass der Leistungsfall im Sinne von Abschnitt II Ziffer 1 – II Ziffer 5 noch nicht eingetreten ist;
- 5.2.4 dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.
- 5.3 Die zusätzlich zu zahlende Prämie richtet sich nach dem

zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Alter. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z.B. Klauseln oder Risikozuschläge) finden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls Anwendung.

- 5.4 Sofern durch die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden.

6 Ausschlüsse

In Ergänzung der Ausschlüsse gemäß Ziffer 4 AUB 2008 bestehen für die VPV Vital für alle fünf Leistungsarten nachfolgende weitere Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist

- 6.1 durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- 6.2 unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- 6.3 unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat;
- 6.4 durch Kriegsereignisse; bei Kriegsereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten vierzehn Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;
- 6.5 durch Strahlen auf Grund von Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten;
- 6.6 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- 6.7 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten im Sinne von Ziffer 4.1.4 AUB 2008. Für die beruflichen Tätigkeiten gemäß II. Ziffer 1.6 besteht für alle fünf Leistungsarten weiterhin Versicherungsschutz.
- 6.8 anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums (Auswärtiges Amt) bestanden hat.
- 6.9 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

7 Wartezeit

- 7.1 Für die Leistungsarten
> Organrente,
> Grundfähigkeitsrente und
> Krebsrente
besteht für die Krankheiten Multiple Sklerose (MS) und Krebs eine Wartezeit.
- 7.2 Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.
- 7.3 Die Wartezeit beträgt bei Krebs sechs Monate und bei MS 12 Monate.
- 7.4 Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von Multipler Sklerose, Krebs oder anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist die jeweilige Krankheit und

deren Folgen nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch die daraus folgenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

8 Innovationsklausel

- 8.1 Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Besonderen Bedingungen für Ihre VPV Vital ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrprämie geändert (Bedingungsverbesserung), so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

9 Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt folgende Regelung:

- 9.1 Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen als Versicherungsnehmer vor Vollendung des 58. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag unter Erfüllung der nachfolgenden Kriterien in dem dortgenannten zeitlichen Umfang beitragsfrei gestellt:
- 9.2 Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen, beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld I oder II beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.
- 9.3 Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen vollbeschäftigt, bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und ist die Prämie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt, so wird der Versicherungsvertrag ab der Fälligkeit für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt, die der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgt. Sollten Sie während dieser 6 Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt, die der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgt.
- 9.4 Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate.
- 9.5 Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z.B. durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen, eine Beitragsfreistellung als Selbständiger kann maximal 1-mal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.
- 9.6 Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.
- 9.7 Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

IV. Rentenleistung

1 Zeitpunkt der Rentenleistung

Die Rentenleistung erfolgt ab dem Datum der erstmaligen ärztlichen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer. Abweichend hiervon erfolgt die Rentenleistung gemäß Leistungsart II. Ziffer 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten Rentensumme.

3 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

- 3.1 Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung entsprechend der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte, und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies

Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

- 3.2 Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer.
- 3.3 Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Pflegeheime, Pflegepersonen, Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.
- 3.4 Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung und nach Vorliegen aller Unterlagen – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfalles kann auf Grund der gleichen Krankheit frühestens nach einer Wartezeit von 12 Monaten erneut ein Leistungsantrag gestellt werden. Sie können allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann auf Grund der eingereichten Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.
- 3.5 Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.
- 3.6 Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von Ihnen zu zahlen.
- 3.7 Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

4 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

- 4.1 Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.
- 4.2 Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb unserer Reaktivierungsfrist von 3 Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. IV. Ziffer 3.3, Ziffer 3.4, Ziffer 3.5 und IV. Ziffer 3.6 Satz 2 gelten entsprechend.
- 4.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 4.4 Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir

die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.

- 4.5 Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

5 Folgen bei Verletzung von Pflichten

Solange eine Mitwirkungspflicht nach IV. Ziffern 3 – 4 von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Ihre Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6 Dynamisierung der Rentenleistung

- 6.1 Zuwachs von Versicherungssumme und Beitrag
Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, erhöhen wir die Versicherungssumme des Vorjahres jeweils zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres um den von Ihnen im Antrag gewählten Prozentsatz. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des 2. Versicherungsjahres. Dabei wird die Versicherungssumme auf volle Euro aufgerundet. Die erhöhte Versicherungssumme gilt für alle nach dem Erhöhungstermin eingetretenen Leistungsfälle. Ihre Beiträge erhöhen sich entsprechend nach dem bei Vertragsbeginn abgeschlossenen Tarif, abhängig vom Alter und Geschlecht der versicherten Person. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen. Sie und wir können diese Zusatzvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen. Ohne dass es einer Kündigung durch uns bedarf, endet dieser Zuwachs der Versicherungssumme und des Beitrags zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat und/oder die Versicherungssumme von 3.500 Euro erreicht wird. Die Versicherungssumme von 3.500 Euro kann auch durch die letzte Erhöhung nicht überschritten werden.
- 6.2 Zuwachs der Rentenleistung im Schadenfall
Die anerkannte Rente steigt jährlich um 1,5 % jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres; erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Jahres. Dabei wird der Betrag der Vital-Rente auf volle Euro aufgerundet.

7 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

In Ergänzung zu Ziffer 15 AUB 2008 werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen, uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

C. Besondere Bedingungen für die VPV Vital Junior

Für Ihren Versicherungsvertrag VPV Vital Junior gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) und die folgenden Besonderen Bedingungen für die VPV Vital Junior. Sofern nicht in diesen Besonderen Bedingungen davon abweichende Regelungen getroffen sind, gelten die AUB 2008.

I. Der Versicherungsumfang

Die VPV Vital Junior unterscheidet folgende Leistungsarten:

- > Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente – siehe II. Ziffer 1);
- > Rentenleistung bei Organschäden (Organrente – siehe II. Ziffer 2);
- > Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente – siehe II. Ziffer 3);
- > Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente – siehe II. Ziffer 4) und
- > Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente – siehe II. Ziffer 5).

Zusätzlich werden im Leistungsfall Beratungsleistungen (Vital Service-Management – siehe II. Ziffer 6) sowie – sofern vereinbart – eine Kapitalleistung (siehe II. Ziffer 7) erbracht.

Der Leistungsfall muss vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet. Die Leistung wird als monatliche Rente während der vereinbarten Rentenzahlungsdauer gezahlt. Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs der monatlichen Rente endet gleichzeitig die Pflicht zur Beitragszahlung für die Dauer des Leistungsbezugs.

Der Anspruch auf Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart vorliegen. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

Mit Ausnahme der Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente) gilt Folgendes:

Die Leistungserbringung ist zunächst auf 5 Jahre befristet. Innerhalb dieser 5 Jahre nach Zahlung der ersten Monatsrente haben wir jährlich das Recht, eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist). Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt. Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder in Kraft. Sofern länger als 5 Jahre ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegen haben, wandelt sich der befristete Rentenanspruch in einen dauerhaften Rentenanspruch um und wir zahlen Ihre Rente lebenslang.

II. Leistungsarten

1 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

- 1.1 Beschreibung
In Ergänzung zu Ziffer 2 Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.
- 1.2 Voraussetzung für die Leistung
Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Nr. 2.1.1 AUB 2008 gegeben. Der Unfall hat ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen zu einem nach Nr. 2.1.2.2.1 bis Nr. 2.1.2.2.4 und Nr. 3 AUB 2008 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.
- 1.3 Beginn und Dauer der Leistung
 - 1.3.1 Die Unfallrente zahlen wir
 - > rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
 - > monatlich im Voraus.

- 1.3.2 Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
 - a) die versicherte Person stirbt.
 - b) wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Nr. 8.4 AUB 2008 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.
- 1.4 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität
In Abänderung zu Nr. 2.1.1.1 AUB 2008 ist die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festzustellen und von Ihnen bei uns geltend zu machen.
- 1.5 Vorerkrankungen
Auswirkungen von Gebrechen und Krankheiten im Sinne von Ziffer 3 AUB 2008 werden bei der Bemessung der Minderung der Invalidität berücksichtigt. Nach Ziffer 3 AUB 2008 unterbleibt die Minderung jedoch, wenn der Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens weniger als 25 % beträgt.

2 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

- 2.1 Beschreibung
In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:
- 2.2 Voraussetzung für die Leistung
In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im Folgenden unter 2.3 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.
- 2.3 Bewertungsmaßstab
Die Beeinträchtigung der versicherten Organe und Krankheiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.
 - 2.3.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems
Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarkes, die zu einer vollständigen Lähmung
 - > eines Beines und eines Armes
 - oder
 - > mindestens einer Körperhälfte führt.Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 oder mehr Prozent aufgehoben ist. Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten beurteilt.
 - 2.3.2 Psychische Erkrankungen
Ein Rentenanspruch aus der Organrente liegt vor, sofern nachweislich durch ein sich während der Vertragslaufzeit eingetretenes Unfallereignis, durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenzdefekt neu entstanden ist und durch diesen Intelligenzdefekt der gemessene Intelligenzquotient die altersentsprechende Norm um mehr als 40 % unterschreitet.
Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind jedoch psychische Erkrankungen.
Hierzu gehören alle Erkrankungen des „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision Stand: 24.09.2010 (ICD 10) der Krankheits-Gruppen F00 bis F99. Den vollständigen Text der ICD 10 ist im Internet

unter der Adresse: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm> abrufbar. Sollte Ihnen kein Internetzugang zur Verfügung stehen, senden wir Ihnen den entsprechenden Text zu.

Zu den Krankheits-Gruppen F00 bis F99 gehören:

- > Organische psychische Störungen
- > Störungen durch die Einnahme psychotroper Substanzen
- > Wahnerkrankungen, affektive Störungen und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises
- > Neurotische Störungen, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen
- > Verhaltensstörungen mit und ohne körperliche Störungen
- > Persönlichkeitsstörungen
- > Entwicklungsstörungen
- > Emotionale Störungen
- > Soziale Störungen
- > Intelligenzminderungen, sofern sie nicht durch Unfall, Infektion oder Impfschaden entstanden sind und der gemessene Intelligenzquotient unter 40% der altersentsprechenden Norm liegt

2.3.3 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- > Ejektionsfraktion kleiner gleich 30% oder
- > Fractional Shortening kleiner gleich 15% oder
- > Herzvergrößerung Herz-Thorax-Ratio größer gleich 1,5 oder
- > Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV (modifizierte Form für Kinder und Säuglinge)

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.4 Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die z.B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind.

Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- > Glomeruläre Filtrationsrate 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- > Kreatinin-Clearance von 30ml/min /1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder der
- > Kreatininwert 4mg/dl (350µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.5 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen, wie z.B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt.

Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt. Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- > Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40% oder

- > Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40% oder
- > Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut (pO₂) kleiner gleich 50% des altersentsprechenden Normwertes ist. Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung.

Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.6 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- > Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
- > Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- > Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51µmol/l)
- > Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- > Quickwert kleiner gleich 40%

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein.

Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- > rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer
- > monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem > die versicherte Person stirbt oder > eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2008 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2 Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, im Folgenden definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit vorliegt. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein.

Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

3.3 Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten (II. 3.3.1 – 3.3.2) unterscheidet zwei Grundfähigkeitenarten: A und B.

3.3.1 Grundfähigkeiten der Kategorie A

- > Sehen
- > Sprechen
- > Hören

Der irreversible Verlust einer der Grundfähigkeiten der Kategorie A führt im Rahmen der unten beschriebenen Voraussetzungen immer zum Leistungsfall.

3.3.1.1 Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Ein Verlust des Sehvermögens im Sinne der Grundfähigkeiten ist die klinisch nachgewiesene, irreversible und

nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- a) nicht mehr als 1/50, oder
- b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Anspruch auf Versicherungsleistung ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

3.3.1.2 Verlust des Sprachvermögens

Ein Verlust des Sprachvermögens liegt vor, wenn die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen. Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische (z. B. psychogene) Ursachen.

3.3.1.3 Verlust des Hörvermögens

Ein Verlust des Hörvermögens liegt vor, wenn die versicherte Person auf beiden Seiten vollständig ertaubt ist, das heißt, alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund irreversiblen und nicht therapierbarem Verlust nicht hört.

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

3.3.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Eine Leistung wird fällig bei Erkrankungen, die zu einer Einschränkung der Mobilität (laufen/gehen), des Gebrauchs der oberen Extremitäten oder des Muskel-Skelett-Apparates aufgrund von

- > Lähmungen durch Infektionen (auch Impfschäden bei Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten)
- > Amputationen (z. B. Krebs, Durchblutungsstörungen (z. B. Diabetes))
- > Spätmanifestationen bei angeborenen Erkrankungen wie „Muskeldystrophie“

führen.
Der Stütz- und Bewegungsapparat wird nach den Kriterien der Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1 – 2.1.2.2.4 AUB 2008 auf die Funktionsfähigkeit geprüft. Es muss ein Invaliditätsgrad von größer oder gleich 50 Prozent auf die entsprechende Funktion der einzelnen Körperteile nachgewiesen werden. Von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2008 abweichende Vereinbarungen bezüglich der Gliedertaxe bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

Eine Leistung wird immer fällig bei

- > Querschnittslähmung mit vollständiger Aufhebung des Gehvermögens
- > Vollständiger Verlust des Gebrauchs beider Hände

3.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- > rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist,

jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer

> monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem > die versicherte Person stirbt oder

> eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

3.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2008 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erhält während der Vertragslaufzeit aufgrund eines Unfalles oder wegen einer Krankheit eine Einstufung in die Pflegestufe I, II oder III nach deutschem Sozialgesetzbuch.

Dies entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %.

Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend.

Ziffer III. 3.1.1 und III. 3.1.2 finden keine Anwendung, sofern die Beeinträchtigungen während der Vertragslaufzeit eintreten.

4.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- > rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Pflegestufe I, II oder III zuerkannt wurde

> monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem > die versicherte Person stirbt oder

> keine Pflegestufe mehr besteht.

Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegestufe nach dieser Frist entfallen ist.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Pflegestufe innerhalb eines Monats zu melden.

4.4 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2008 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

5.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

5.2 Voraussetzung für die Leistung / Bewertungsmaßstab

5.2.1 Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt als Leistungsfall der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren). Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Als Krebserkrankungen gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM classification of Malignant tumours, seventh edition“ der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I–IV) sind. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen im Sinne von 5.2.1 Satz 3 berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der WHO (World Health Organisa-

tion) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt. Geleistet wird bei allen Tumoren des Stadiums/Grades II oder höher.

Ausgeschlossen sind:

> alle Carcinoma-in-situ (TIS)

> Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3

> sowie alle Hautkrebskrankungen der Stadien I und II

5.2.2 Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2008 gilt als Leistungsfall unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Lymphknoten- und/oder Blutkrebskrankung.

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Krebskrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in 4 Stadien eingeteilt.

Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells

Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark)

Geleistet wird bei allen Blutkrebs- oder Lymphknotenkrebskrankungen des Stadiums 2 oder größer.

5.2.3 Krebskrankungen im Sinne von 5.2.1, die nicht in Stadien entsprechend der „TNM classification of malignant tumours, seventh edition“ der International Union Against Cancer (UICC) eingeteilt sind, werden nach der Organrente (Ziffer 2), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) berücksichtigt.

5.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird gezahlt bei einer Krebskrankung im Stadium/Grad

> II für die Dauer von max. 12 Monaten,

> III für die Dauer von max. 36 Monaten,

> IV für die Dauer von max. 60 Monaten.

Die Rentenzahlung endet

> zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt. Innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Rentenzahlung haben Sie das Recht, den Versicherungsschutz in Höhe und Umfang der zuletzt bezogenen Rentenleistung rückwirkend zum Ende der Rentenzahlung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu reaktivieren.

5.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

5.4.1 Verschlechterung der festgestellten Krebskrankung

Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Krebsstadiums oder Grades auf, erhöht sich die Leistungsdauer entsprechend des neuen Stadiums/Grades. Bereits gezahlte Renten werden angerechnet.

5.4.2 Wiederauftreten einer Krebskrankung

Tritt eine Krebskrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach vermuteter Heilung erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet.

5.4.3 Auftreten einer weiteren Krebskrankung

Tritt eine weitere Krebskrankung auf, die im Zusammenhang mit einer Krebskrankung steht (z. B. durch Metastasierung), für die bereits Leistungen erbracht wurden, gelten die Ziffern 5.4.1 und 5.4.2 entsprechend. Steht eine neue Krebskrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebskrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

5.4.4 Erfüllen der Kriterien von anderen Leistungsarten
Sind bei einer Krebskrankung zugleich die Anforderungen der Organrente (Ziffer 2), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) erfüllt, wird die Leistung unter Berücksichtigung von Ziffer 5.2.1 hieraus erbracht.

6 Vital Service-Management

6.1 Beschreibung

Sind die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 1, 2, 3, 4 oder 5 gegeben, erbringen wir ergänzend zu den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) folgende persönliche Beratungsleistungen:

6.1.1 Über unser 24-Stunden-Service-Telefon besteht die Möglichkeit, sich über Alternativen medizinischer Maßnahmen beraten zu lassen. Auf Wunsch vermitteln wir einen Besuch durch einen Reha-Berater oder behandelnden Arzt im Krankenhaus oder zu Hause.

6.1.2 Mit unserer Medical Helpline informieren wir über Möglichkeiten medizinischer Versorgung nach Unfällen im In- und Ausland und benennen deutsch sprechende Ärzte.

6.1.3 Wir organisieren den Krankenbesuch einer nahe stehenden Person, wenn die versicherte Person im Krankenhaus behandelt werden muss.

6.1.4 Wir benennen geeignete Fachärzte im In- und Ausland sowie Spezialkliniken, Reha-Zentren und Kureinrichtungen und geben über die jeweiligen technischen Ausstattungen Auskunft. Auf Wunsch halten wir mit den behandelnden Ärzten Kontakt und informieren die versicherte Person über den Stand der Behandlung. Zudem organisieren und koordinieren wir die medizinische Rehabilitation.

6.1.5 Nach einem schweren Unfall der versicherten Person oder dem unfallbedingten Tod einer mitversicherten Person vermitteln wir im In- und Ausland psychotraumatologische Hilfe am Telefon oder ein persönliches Gespräch im Krankenhaus bzw. zu Hause mit einem erfahrenen Psychologen.

6.1.6 Wir helfen bei der beruflichen Wiedereingliederung. So bieten wir eine berufliche Erstberatung an, wenn infolge der Unfallverletzung ein Arbeitsplatzverlust droht oder eine berufliche Neuorientierung notwendig ist. Es werden die Möglichkeiten einer beruflichen Neuorientierung und die Wege dazu aufgezeigt.

6.1.7 Weiterhin geben wir eine persönliche Pflegeberatung zur Organisation der häuslichen oder stationären Pflege einschließlich Hilfsmittelberatung, wenn infolge des Unfalls Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder eine Pflegebedürftigkeit droht.

6.1.8 Ist infolge der eingetretenen Unfallverletzung eine Nutzung der bisherigen Wohnung nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät unser Planungsbüro für behindertengerechtes Bauen bei der Gestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums und unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objekts. Gleichzeitig beraten wir Sie über Umbaumaßnahmen Ihres Autos bzw. andere geeignete Hilfsmittel.

6.2 Voraussetzung für die Leistung

Sind die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 1, 2, 3, 4 oder 5 gegeben, erbringen wir die in 6.1 aufgeführten persönlichen Beratungsleistungen.

6.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die in 6.1 aufgeführten persönlichen Beratungsleistungen werden für eine Dauer von maximal 2 Jahren erbracht.

7 Kapitalleistung

(sofern vereinbart)

7.1 Eine Leistung von 10.000 € wird erbracht, sofern der Leistungsfall im Sinne von II. Ziffer 1-5 der Besonderen Bedingungen für die VPV Vital Junior eingetreten ist.

7.2 Einschränkungen der Leistungspflicht bei Kapitalleistungen
Der Versicherungsschutz für Kapitalleistungen tritt zu dem Zeitpunkt außer Kraft, zu dem der versicherten Person be-

reits ein rechtmäßiger Anspruch auf eine monatliche Rente aus der VPV Vital Junior zusteht.

Mit der Einstellung der monatlichen Rentenzahlung aus der VPV Vital Junior tritt der Versicherungsschutz und die Pflicht zur Prämienzahlung für die Kapitalleistung wieder in Kraft.

III. Weitere Bestimmungen

1 Erweiterung des Versicherungsschutzes

1.1 Rettungsmaßnahmen

Als Unfälle gelten auch Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

1.2 Nahrungsmittelvergiftungen

Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen sind mitversichert. Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.

2 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität

In Abänderung zu Nr. 2.1.1.1 AUB 2008 ist die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festzustellen und von Ihnen bei uns geltend zu machen.

3 Nicht versicherbare Personen

3.1 Nicht versicherbare Personen

3.1.1 Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd schwer oder schwerst pflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung. Die versicherte Person ist schwerpflegebedürftig, sobald sie in der Pflegestufe II der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird, sie ist schwerstpflegebedürftig, sobald sie in die Pflegestufe III der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird.

3.1.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 3.1.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

3.1.3 Der für diese Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

4 Ende des Vertrages

4.1 Grundsätzliches

Ihr Vertrag endet – in Abweichung von Ziffer 5.1 und Ziffer 9.2 AUB 2008 – ohne dass es einer Kündigung bedarf, spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet oder nach Zahlung der ersten Rentenleistung bei einer unbefristeten Rentenleistung.

4.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Sie können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 9.2 oder Ziffer 9.3 AUB 2008 entsprechend kündigen.

5 Optionsrecht zum Ablauf des Vertrages bei Erreichen des 18. Lebensjahres

Zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, kann der Vertrag bis zur Höhe der beim Ablauf erreichten Versicherungssumme in einen entsprechenden Versicherungsvertrag für Erwachsene gemäß den dann gültigen Tarifen umgewandelt werden. Das Optionsrecht kann nicht in Anspruch genommen werden, sofern:

- > in den letzten 5 Jahren eine Rente nach Ziffer I. beantragt wurde oder
- > ein Rentenfall objektiv eingetreten ist oder
- > der ablaufende Vertrag nur unter erschwerten Bedingungen, wie zum Beispiel einer Ausschlussklausel oder Risikozuschlag angenommen wurde, oder
- > die Diagnose einer Herzerkrankung oder Diabetes gestellt wurde, oder

> ein Grad der Behinderung (GdB)/Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE)/Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von größer oder gleich 50 oder ein Merkzeichen nach Feststellung einer Pflegestufe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) vorliegt. Ist einer der vorgenannten Fälle eingetreten, so ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

6 Ausschlüsse

In Ergänzung der Ausschlüsse gemäß Ziffer 4 AUB 2008 bestehen für die VPV Vital Junior für alle Leistungsarten nachfolgende weitere Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist

6.1 durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

6.2 unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;

6.3 unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat;

6.4 durch Kriegereignisse; bei Kriegereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten vierzehn Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;

6.5 durch Strahlen auf Grund von Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten;

6.6 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

6.7 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten im Sinne von Ziffer 4.1.4 AUB 2008.

6.8 anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums (Auswärtiges Amt) bestanden hat.

6.9 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

7 Wartezeit

7.1 Für die Leistungsarten

- > Organrente,
- > Grundfähigkeitenrente und
- > Krebsrente

besteht für die Krankheiten Multiple Sklerose (MS) und Krebs eine Wartezeit.

7.2 Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

7.3 Die Wartezeit beträgt bei Krebs sechs Monate und bei MS 12 Monate.

7.4 Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von Multipler Sklerose, Krebs oder anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist die jeweilige Krankheit und deren Folgen nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch die daraus folgenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

8 Innovationsklausel

- 8.1 Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Besonderen Bedingungen für Ihre VPV Vital Junior ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrprämie geändert (Bedingungsverbesserung), so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

9 Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt folgende Regelung:

- 9.1 Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen als Versicherungsnehmer vor Vollendung des 58. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag unter Erfüllung der nachfolgenden Kriterien in dem dortgenannten zeitlichen Umfang beitragsfrei gestellt:
- 9.2 Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen, beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld I oder II beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.
- 9.3 Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen vollbeschäftigt, bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und ist die Prämie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt, so wird der Versicherungsvertrag ab der Fälligkeit für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt, die der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgt. Sollten Sie während dieser 6 Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt, die der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgt.
- 9.4 Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate.
- 9.5 Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z.B. durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen, eine Beitragsfreistellung als Selbständiger kann maximal 1-mal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.
- 9.6 Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.
- 9.7 Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

10 Verdopplung der Rentenhöhe bei Tod des Versicherungsnehmers

In Ergänzung zu Nr. 10.7 AUB 2008 gilt folgendes:

- Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- > Sie bei Versicherungsbeginn das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - > die Versicherung nicht gekündigt war und
 - > Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- so verdoppelt sich die für die Rente abgeschlossene Versicherungssumme im Leistungsfall – maximal jedoch auf 2.000 €. Die maximale Versicherungssumme von 2.000 € kann auch durch diese Verdopplung nicht überschritten werden

IV. Rentenleistung

1 Zeitpunkt der Rentenleistung

Die Rentenleistung erfolgt ab dem Datum der erstmaligen ärztlichen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer. Abweichend hiervon erfolgt die Rentenleistung gemäß Leistungsart II. Ziffer 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten Rentensumme.

3 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

- 3.1 Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung entsprechend der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte, und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.
- 3.2 Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer.
- 3.3 Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Pflegeheime, Pflegepersonen, Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.
- 3.4 Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung und nach Vorliegen aller Unterlagen – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfalles kann auf Grund der gleichen Krankheit frühestens nach einer Wartezeit von 12 Monaten erneut ein Leistungsantrag gestellt werden. Sie können allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann auf Grund der eingereichten Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.
- 3.5 Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.
- 3.6 Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von Ihnen zu zahlen.
- 3.7 Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

4 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

- 4.1 Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.
- 4.2 Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb unserer Reaktivierungsfrist von 5 Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente. Dazu können wir jeder-

zeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. IV. Ziffer 3.3, Ziffer 3.4, Ziffer 3.5 und IV. Ziffer 3.6 Satz 2 gelten entsprechend.

- 4.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 4.4 Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.
- 4.5 Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

5 Folgen bei Verletzung von Pflichten

Solange eine Mitwirkungspflicht nach IV. Ziffern 3 – 4 von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Ihre Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6 Dynamisierung der Rentenleistung

- 6.1 Zuwachs von Versicherungssumme und Beitrag
Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, erhöhen wir die Versicherungssumme des Vorjahres jeweils zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres um den von Ihnen im Antrag gewählten Prozentsatz. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des 2. Versicherungsjahres. Dabei wird die Versicherungssumme auf volle Euro aufgerundet. Die erhöhte Versicherungssumme gilt für alle nach dem Erhöhungstermin eingetretenen Leistungsfälle. Ihre Beiträge erhöhen sich entsprechend nach dem bei Vertragsbeginn abgeschlossenen Tarif. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
Sie und wir können diese Zusatzvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.
Ohne dass es einer Kündigung durch uns bedarf, endet dieser Zuwachs der Versicherungssumme und des Beitrags zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die Versicherungssumme von 2.500 Euro erreicht wird. Die Versicherungssumme von 2.500 Euro kann auch durch die letzte Erhöhung nicht überschritten werden.
- 6.2 Zuwachs der Rentenleistung im Schadenfall
Die anerkannte Rente steigt jährlich um 1,5 % jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres; erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Jahres. Dabei wird der Betrag der Vital-Rente auf volle Euro aufgerundet.

7 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

In Ergänzung zu Ziffer 15 AUB 2008 werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen, uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

D. Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)

Stufen der Pflegebedürftigkeit

§ 15 SGB XI

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Verrichtungen gemäß Sozialgesetzbuch

Gem. § 14 Abs. 4 SGB XI zählen zu den im vorigen Paragraphen genannten Verrichtungen

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

E. Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherer können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die früher gebräuchlichen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn Sie, als Kunde, eingewilligt haben. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse am Abschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in der Angebotsanfrage/im Antrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher in der Angebotsanfrage/im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Antragsdaten. Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. So-

weit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer auf Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Hinweis- und Informationssysteme

-Schadenversicherung-

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher eine nähere Prüfung bedürfen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z.B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z.B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenauffälligkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z.B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfrage. Im Schadenfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

-Lebensversicherung-
Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken, sowie das Bestehen von Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen. Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder – soweit zulässig – auf gesetzlicher Grundlage.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der VPV Versicherungen

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben.

Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Ihre Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar.

Auf diese Weise kann man eingehende Post immer richtig zuordnen und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Dem **VPV Unternehmensverbund** gehören z. Z. folgende Unternehmen an (Stand 01.05.2011):

VEREINIGTE POSTVERSICHERUNG VVaG
VPV HOLDING AG
VPV LEBENSVERSICHERUNGS-AG
VPV ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-AG
VPV SERVICE GmbH
VPV VERMITTLUNGS-GmbH
VPV BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR ALTERSVERSORGUNG mbH
VPV BETEILIGUNGS-GmbH
VPV GRUNDSTÜCKSVERWALTUNG GmbH & Co. KG
VEREINIGTE POST. DIE MAKLER-AG

Daneben arbeiten wir und unsere Vermittler zu Ihrer umfassenden Beratung und Betreuung in weiteren Versicherungsangelegenheiten und Finanzdienstleistungen (z. B. Kfz-Versicherungen, Rechtsschutzversicherungen, Krankenversicherungen, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Kredite, Immobilien) auch mit anderen Versicherungsunternehmen, Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der VPV-Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir u.a. mit (Stand 01.05.2011):

- HUK-Coburg Versicherungsgruppe (Kfz-, Rechtsschutzversicherung, Bausparen)
- Gothaer Versicherungsbank VVaG (Gewerbliches Geschäft)
- Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
- Pioneer Investments (Investmentanlage)
- Post-, Spar- und Darlehensvereine/PSD-Bank; DSL Bank (Finanzdienstleistungen)
- GenRe-Rehabilitationsdienst GmbH
- Malteser Hilfsdienst GmbH
- DBF Deutsche Bestattungsfürsorge GmbH & Co.KG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwie-

genheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten unserer Unternehmensgruppe. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an ihn.

(Stand Mai 2011)