Bedingungen und Verbraucherinformationen für die **VPV Vital / VPV Vital Junior** der VPV Allgemeine Versicherungs-AG

3.PES.0297 10.2025 UP

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

Inhalt

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

B. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)

C. Besondere Bedingungen für die VPV Vital (BB VPV Vital 2025)

D. Besondere Bedingungen für die VPV Vital Junior (BB VPV Vital Junior 2025)

7582 3.PES.0297 10.2025 UP

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Ihre Funktionelle Invaliditätsversicherung hilft, wenn eine versicherte Person dauerhafte Einschränkungen durch einen Unfall oder eine Krankheit erleidet.
Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Funktionellen Invaliditätsversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.
Bitte lesen Sie die AUB und die weiteren Bedingungen daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später alles Wichtige noch einmal nachlesen.
Im Versicherungsfall benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

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

Ihre VPV Allgemeine Versicherungs-AG

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

Inhaltsverzeichnis

A. Allgemeine Verbraucherinformationen gemäß §§ 7, 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) **6**

B. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)
Der Versicherungsumfang **10**
1 Was ist versichert? **10**
1.1. Grundsatz **10**
1.2 Geltungsbereich **10**
1.3 Unfallbegriff **10**
1.4 Erweiterter Unfallbegriff **10**
1.5 Gestrichen **10**
1.6 Einschränkungen unserer Leistungspflicht **10**
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? **10**
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten? **10**
2.1 Invaliditätsleistung **10**
2.2 Unfallrente **12**
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen? **12**
3.1 Krankheiten und Gebrechen **12**
3.2 Mitwirkung **12**
4 Gestrichen **13**
5 Was ist nicht versichert? **13**
5.1 Ausgeschlossene Unfälle **13**
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden **14**
6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? **15**
6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs **15**
6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung **15**

Der Leistungsfall **15**
7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)? **15**
8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? **15**
9 Wann sind die Leistungen fällig? **15**
9.1 Erklärung über die Leistungspflicht **16**
9.2 Fälligkeit der Leistung **16**
9.3 Vorschüsse **16**
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads **16**

Die Vertragsdauer **16**
10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? **16**
10.1 Beginn des Versicherungsschutzes **16**
10.2 Dauer und Ende des Vertrags **16**
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall **16**
10.4 Versicherungsjahr **16**

Der Versicherungsbeitrag **17**
11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? **17**
11.1 Beitrag und Versicherungsteuer **17**
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag **17**
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag **17**
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat **17**
11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung **17**
11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern **17**

Weitere Bestimmungen **18**
12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? **18**
12.1 Fremdversicherung **18**
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller **18**
12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen **18**
13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? **18**
13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht **18**
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung **18**
13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte **19**
13.4 Anfechtung **19**
13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes **19**
14 Gestrichen **19**
15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag? **19**
15.1 Gesetzliche Verjährung **19**
15.2 Aussetzung der Verjährung **19**
16 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? **19**
16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten **19**
16.2 Zuständige Gerichte **20**
17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift? **20**
18 Welches Recht findet Anwendung? **20**
19 Sanktionsklausel **20**
20 Schlussbestimmung **20**

C. Besondere Bedingungen für die VPV Vital
Der Versicherungsumfang **21**
1 Was ist versichert? **21**
1.1 Leistungsarten **21**
1.2 Zusätzlich wählbare Bausteine **21**
1.3 Art, Höhe und Dauer der Leistung **21**

Leistungsarten **21**
2 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) **21**
2.1 Beschreibung **21**
2.2 Voraussetzung für die Leistung **21**
2.3 Art und Höhe der Leistung **21**
2.4 Beginn und Dauer der Leistung **21**
2.5 Vorerkrankungen **22**
2.6 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität **22**
2.7 Berufliches Flugrisiko **22**
3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente) **22**
3.1 Beschreibung **22**
3.2 Voraussetzung für die Leistung **22**
3.3 Bewertungsmaßstab **22**
3.4 Beginn und Dauer der Leistung **24**
3.5 Vorerkrankungen **24**
4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente) **24**
4.1 Beschreibung **24**
4.2 Voraussetzung für die Leistung **24**
4.3 Bewertungsmaßstab **24**
4.4 Beginn und Dauer der Leistung **25**
4.5 Vorerkrankungen **25**
5 Vital Service-Management **25**
5.1 Was ist versichert? **25**
5.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen? **25**
5.3 Welche Leistungen sind versichert? **25**
5.4 Wie lange leisten wir? **26**
5.5 Was ist im Schadenfall zu beachten (Obliegenheiten)? **26**
5.6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern? **26**
5.7 Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus? **26**

Zusätzlich wählbare Bausteine zur VPV Vital **26**

6 Premium 26
6.1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) 26
6.2 Befristete Rente bei schweren Erkrankungen 27
6.3 Kapitalleistung 29
7 Lifetime 29
7.1 Rente bis 67 voll, danach lebenslang reduziert auf die Hälfte 29
7.2 Rente lebenslang mit 1,5 % Passivdynamik 30
8 Help & Care 30
8.1 Was ist versichert? 30
8.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen? 30
8.3 Welche Leistungen sind versichert? 30
8.4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung? 31
8.5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person? 31
8.6 Welche Personen sind nicht versicherbar? 31
8.7 Was ist im Schadenfall zu beachten (Obliegenheiten)? 31
8.8 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern? 32

Weitere Bestimmungen 32
9 Erweiterung des Versicherungsschutzes 32
9.1 Allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen 32
9.2 Tauchtypische Gesundheitsschäden 32
9.3 Bauch oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung 32
9.4 Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen infolge von Trunkenheit 32
9.5 Passives Kriegsrisiko 32
9.6 Rettungsmaßnahmen von Menschen und Tieren 32
9.7 Nahrungsmittelvergiftungen 32
10 Nicht versicherbare Personen 32
11 Ende des Vertrages 32
11.1 Grundsätzliches 32
11.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 32
11.3 Kündigung durch den Versicherer 32
12 Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung 33
13 Ausschlüsse 33
14 Wartezeit 33
15 Innovationsklausel 34
16 Arbeitslosigkeit 34
17 entfällt 34
18 entfällt 34
19 Zeitpunkt der Rentenleistung 34
20 Höhe der Leistung 34
21 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung 34
22 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung 35
23 Folgen bei Verletzung von Pflichten 35
24 Dynamisierung der Rentenleistung 35
24.1 Erhöhung von Rente und Beitrag 35
25 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen 35

D. Besondere Bedingungen für die VPV Vital Junior
Der Versicherungsumfang 36
1 Was ist versichert? 36
1.1 Leistungsarten 36
1.2 Zusätzlich wählbare Bausteine 36
1.3 Art, Höhe und Dauer der Leistung 36

Leistungsarten 36
2 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) 36
2.1 Beschreibung 36
2.2 Voraussetzung für die Leistung 36
2.3 Art und Höhe der Leistung 36
2.4 Beginn und Dauer der Leistung 36
2.5 Vorerkrankungen 37
2.6 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität 37
2.7 Berufliches Flugrisiko 37
3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente) 37
3.1 Beschreibung 37
3.2 Voraussetzung für die Leistung 37
3.3 Bewertungsmaßstab 37
3.4 Beginn und Dauer der Leistung 38
3.5 Vorerkrankungen 38

4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente) **38**
4.1 Beschreibung **38**
4.2 Voraussetzung für die Leistung **38**
4.3 Bewertungsmaßstab **38**
4.4 Beginn und Dauer der Leistung **39**
4.5 Vorerkrankungen **39**
5 Vital Service-Management **39**
5.1 Was ist versichert? **39**
5.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen? **39**
5.3 Welche Leistungen sind versichert? **39**
5.4 Wie lange leisten wir? **40**
5.5 Was ist im Schadenfall zu beachten (Obliegenheiten)? **40**
5.6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern? **40**
5.7 Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus? **40**

Zusätzlich wählbare Bausteine zur VPV Vital Junior **40**
6 Premium **40**
6.1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) **40**
6.2 Befristete Rente bei schweren Erkrankungen **41**
6.3 Kapitalleistung **42**
7 Lifetime **43**
7.1 Rente bis 67 voll, danach lebenslang reduziert auf die Hälfte **43**
7.2 Rente lebenslang mit 1,5 % Passivdynamik **43**
8 Help & Care **43**
8.1 Was ist versichert? **43**
8.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen? **43**
8.3 Welche Leistungen sind versichert? **43**
8.4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung? **44**
8.5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person? **44**
8.6 Welche Personen sind nicht versicherbar? **45**
8.7 Was ist im Schadenfall zu beachten (Obliegenheiten)? **45**
8.8 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern? **45**

Weitere Bestimmungen **45**
9 Erweiterung des Versicherungsschutzes **45**
9.1 Allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen **45**
9.2 Tauchtypische Gesundheitsschäden **45**
9.3 Bauch oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung **45**
9.4 Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen infolge von Trunkenheit **45**
9.5 Passives Kriegsrisiko **45**
9.6 Rettungsmaßnahmen von Menschen und Tieren **45**
9.7 Nahrungsmittelvergiftungen **45**
10 Nicht versicherbare Personen **45**
11 Ende des Vertrages **45**
11.1 Grundsätzliches **45**
11.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer **45**
12 Optionsrecht zum Ablauf des Vertrages bei Erreichen des 18. Lebensjahres **45**
13 Ausschlüsse **46**
14 Wartezeit **46**
15 Innovationsklausel **46**
16 Arbeitslosigkeit **46**
17 Verdopplung der Rentenhöhe bei Tod des Versicherungsnehmers **47**
18 Trostgeld **47**

Rentenleistung **47**
19 Zeitpunkt der Rentenleistung **47**
20 Höhe der Leistung **47**
21 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung **47**
22 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung **48**
23 Folgen bei Verletzung von Pflichten **48**
24 Dynamisierung der Rentenleistung **48**
24.1 Erhöhung von Rente und Beitrag **48**
25 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen **48**

A. Allgemeine Verbraucherinformationen 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 Versicherungsvertrags. 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 Stuttgart unter folgender Adresse:
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart
Vorstand:
Klaus Brenner, Vorsitzender
Steffen Guttenbacher, Dr. Olaf Schmitz, Dietmar Stumböck
Die VPV ist im Handelsregister des Amtsgerichts Stuttgart unter der Handelsregister-Ziffer HRB 748244 eingetragen.

2 Hauptgeschäftstätigkeit

Der unmittelbare und mittelbare Betrieb der Schaden-, Unfall- und Rechtsschutzversicherung.
Der Versicherer ist außerdem berechtigt, sich an anderen Versicherungsunternehmen zu beteiligen.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Die VPV unterliegt der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Str. 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 auf Grund 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, Angebotserstellung 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 Prämie

Die Prämien sind zum jeweiligen Fälligkeitstermin zu entrichten. 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 Antragstellung vereinbarte Zahlungsweise maßgeblich. Entsprechend der getroffenen Vereinbarung wird die Prämie entweder durch Überweisung oder per SEPA-Lastschriftmandat 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 vom 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 Versicherungsvertrags

Der Abschluss eines Versicherungsvertrags 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 Ziffer 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

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen
- **der Versicherungsschein**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederrum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart

Ein Widerruf per Telefax ist an folgende Faxnummer zu richten:
07 11/13 91-60 01

Ein Widerruf per E-Mail ist an folgende E-Mail-Adresse zu richten:
info@vpv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den in der Beitragsrechnung zum Versicherungsschein im Abschnitt „Zusätzliche Information zum Widerrufsrecht" ausgewiesenen Betrag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:
1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch

den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalten Form;
9. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

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 Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen 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 der Folgeprämie.
- Für den Versicherungsnehmer bei Prämienerhöhungen.

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 Vertrags 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 / 3 69 60 00
Telefax: 0 800 / 3 69 90 00
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, entschieden oder geschlichtet worden sein.

Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns sechs 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 Rechtswegs 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 über Ihr Anliegen sprechen möchten, können Sie sich auch an die unter Ziffer 2 genannte Aufsichtsbehörde wenden.

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

B. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023)

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein.
Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte der Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2023) bzw. den Besonderen Versicherungsbedingungen (BB).

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1. Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags
- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch
- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
  Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
  Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.
Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Eigenbewegung (Aktiv-Spezial)

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine Eigenbewegung eine der in 1.4.1 beschriebenen Verletzungen zuzieht. Schädigungen der Bandscheibe oder des Meniskus werden von dieser Regelung nicht erfasst.

1.4.2 Dämpfe und Gase

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.
Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.4.3 Unfälle unter Wasser

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig
- erstickt, ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.
  Beispiele: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen

1.4.4 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

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

1.4.5 Allergische Reaktionen

Versichert sind allergische Reaktionen auf Verletzungen der Haut oder Schleimhaut, z. B. auf Insektenstiche und Insektenbisse.

1.4.6 Bauch oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Versicherungsschutz besteht auch bei durch erhöhte Kraftanstrengung verursachten Bauch- oder Unterleibsbrüchen.

1.5 Gestrichen

1.6 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.
Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

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

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.
Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.
Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt
- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.
Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn
- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.
Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.
Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.
Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.
Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind
- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

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

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

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

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

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.
Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7% (= ein Zehntel von 70%).

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

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

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

2.1.3 Helm-Bonus

Wenn der versicherte Unfall

- beim Fahrradfahren (bei Kindern auch beim Roller-, Laufrad- oder Dreiradfahren) eingetreten ist und
- zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein Helm mit CE-Kennzeichnung getragen wurde, dann werden 20% des gemäß Ziffer 2.1.2.2.2 ermittelten Invaliditätsgrads für Kopfverletzungen zusätzlich zur Invaliditätsleistung als Helm-Bonus gezahlt (maximal 40.000 €).

Die Zahlung des Helm-Bonus erfolgt nur unter der Voraussetzung, dass im Zeitpunkt des Unfalls noch keine Helmpflicht gesetzlich vorgeschrieben war.

Ggf. vereinbarte Progressionen werden nicht berücksichtigt.

2.2 Unfallrente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

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

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

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

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

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10%. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu

50% mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5%.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Gestrichen

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

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

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiele:

Die versicherte Person

- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahme:

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel:

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

Versicherungsschutz besteht auch:

- bei Bewusstseinsstörungen durch ärztlich verordnete Medikamente
  Versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch die Einnahme von Medikamenten verursacht wurden.
  Der Versicherungsschutz setzt voraus, dass die Medikamente der versicherten Person ärztlich verordnet worden sind.
  Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durch den Medikamentengebrauch selbst hervorgerufen werden, sind aber nicht versichert.
  Für Bewusstseinsstörungen, die durch die Einnahme von nicht ärztlich verordneten Medikamenten verursacht wurden, besteht kein Versicherungsschutz.
- bei Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit
  Versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit verursacht wurden.
  In den folgenden Fällen gilt das aber nur, wenn die Blutalkoholkonzentration zum Unfallzeitpunkt den jeweiligen Promillewert nicht übersteigt:
  - bei Lenkern von Kraftfahrzeugen 0,8 Promille,
  - bei Radfahrern 1,6 Promille.

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

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Diese Ausnahme gilt nicht

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.3.1 Passives Kriegsrisiko

In Abänderung zu Ziffer 5.1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen erlischt der Versicherungsschutz am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
  Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
  Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
  Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung.

5.1.5 **Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.**
Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.
Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
Ausnahme:
- Der Unfall wurde durch eine Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Deutschland verursacht,
- die Veranstaltung hatte reinen Freizeitcharakter, und
- die versicherte Person ist kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Ausnahme:
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50%) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 **Gesundheitsschäden durch Strahlen**
Ausnahme:
Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden durch
- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen sowie
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden
- im Zusammenhang mit Kernenergie (siehe B 5.1.6);
- infolge regelmäßigen Umgangs mit Geräten, die Strahlen erzeugen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.
Ausnahme:
- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.
Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

5.2.4 **Infektionen**
Ausnahme:
Die versicherte Person infiziert sich
- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).
- durch einen Zeckenstich mit FSME oder Borreliose (Zecken-Baustein)
  Versicherungsschutz besteht für Infektionen durch Zeckenstiche, wenn dadurch Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) oder Borreliose verursacht wird. Versichert sind auch Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen gegen die genannten Infektionskrankheiten. Der Versicherungsschutz gilt nur für die Invaliditätsleistung (Ziffer B 2.1) und die Todesfallleistung (Ziffer B 2.6).

Fristen in den Leistungsarten
Die Fristen in den Ziffern 2 und 9.4 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen oder in Besonderen Bedingungen beginnen nicht mit dem Unfall (Zeckenstich), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

Wartezeit
Der Versicherungsschutz beginnt frühestens nach Ablauf von drei Monaten nach Vertragsschluss (Wartezeit). Die Wartezeit läuft für jede versicherte Leistungsart gesondert. Schließen Sie eine Leistungsart erst nachträglich in den Vertrag ein, beginnt die Wartezeit dafür erst mit dem Einschluss.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).
Ausnahme: Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet. Für diesen Fall gilt der Ausschluss nicht, es sei denn, die Vergiftung ist durch Nahrungsmittel verursacht.

5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Beispiele:
- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

5.2.7 **Bauch- oder Unterleibsbrüche.**

Ausnahme:
Bauch oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung im Rahmen von B.1.4.6.

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

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.
Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

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

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

6.2.1 Mitteilung der Änderung

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

6.2.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnet sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibenden Versicherungssummen nach dem vereinbarten Tarif ein höherer Beitrag, gilt dieser nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
Errechnet sich dagegen ein niedrigerer Beitrag, gilt dieser, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit dem bisherigen Beitrag bei erhöhten oder reduzierten Versicherungssummen weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.
Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.
Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

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

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

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.
Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.
Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden.
Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.
Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.
Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

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

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

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

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

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

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

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

Die Vertragsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

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

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

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

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag kündigen,

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben,

oder

- wenn wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt haben,

oder

- wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

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

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

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

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

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

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

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

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein

und

- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

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

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

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

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 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:

11.6.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versi-

cherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung). Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

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

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

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

13.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.
Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

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

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.
Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.
Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.
Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.
Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 Gestrichen

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

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

15.2 Aussetzung der Verjährung

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

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

16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

16.1.1 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 / 3 69 60 00
Telefax: 0 800 / 3 69 90 00
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, entschieden oder geschlichtet worden sein.
Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst, wenn Sie Ihren Anspruch bei uns geltend gemacht haben und uns sechs 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 Rechtswegs bei den ordentlichen Gerichten nicht berührt.

16.1.2 Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

16.1.3 Unser Beschwerdemanagement

Bei Beschwerden können Sie sich jederzeit auch direkt an die Direktion der VPV Allgemeine Versicherungs-AG wenden. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:
VPV Allgemeine Versicherungs-AG
Mittlerer Pfad 19, 70499 Stuttgart
info@vpv.de

16.2 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

16.2.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

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

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

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.
Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:
Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.
Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19 Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

20 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.

C. Besondere Bedingungen für die VPV Vital

Für Ihren Versicherungsvertrag VPV Vital gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2023) und die folgenden Besonderen Bedingungen für die VPV Vital. Sofern nicht in diesen Besonderen Bedingungen davon abweichende Regelungen getroffen sind, gelten die AUB 2023.

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Leistungsarten

Die VPV Vital unterscheidet folgende Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente – siehe Ziffer 2);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente – siehe Ziffer 3);
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente – siehe Ziffer 4)

Zusätzlich werden im Leistungsfall Beratungsleistungen erbracht (Vital Service-Management – siehe Ziffer 5).

1.2 Zusätzlich wählbare Bausteine

Haben Sie den Zusatzbaustein **„Premium“** in Ihren Vertrag eingeschlossen, sind zusätzlich folgende Leistungen versichert:

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente – siehe Ziffer 6.1);
- Rentenleistung bei Feststellung einer definierten schweren Erkrankung (siehe Ziffer 6.2).
- Kapitalleistung (siehe Ziffer 6.3).

Haben Sie den Zusatzbaustein **„Help & Care“** in Ihren Vertrag eingeschlossen, sind zusätzlich Hilfs- und Pflegeleistungen versichert (siehe Ziffer 8).

Haben Sie den Zusatzbaustein **„Lifetime“** in Ihren Vertrag eingeschlossen, verlängert sich die Rentenbezugsdauer (siehe Ziffer 7).

1.3 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Der Leistungsfall muss vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

Die Leistung wird als monatliche Rente gezahlt.

Die Rentenleistung erfolgt längstens bis zum 67. Lebensjahr.

Bei einer Rente aufgrund einzelner definierten schweren Erkrankungen (siehe Ziffer 6.2.) bemisst sich die Dauer der Rentenleistung nach den speziellen Regelungen der Ziffern 6.2.1.3, 6.2.2.4 sowie 6.2.3.4.

Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs auf monatliche Rentenleistung 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.

Unabhängig von der monatlichen Rentenleistung ist – sofern der Baustein „Premium“ vereinbart wurde – eine Kapitalleistung unter den Voraussetzungen nach Ziffer 6.3 möglich.

Innerhalb von 3 Jahren nach Unfall oder bedingungsgemäßem Leistungs- oder Rentenbeginn haben wir jährlich das Recht, eine Neubemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist).

Bei einer Rente aufgrund einzelner definierten schweren Erkrankungen (siehe Ziffer 6.2.) reduziert sich die Reaktivierungsfrist auf die maximale Leistungsdauer, sofern diese kürzer als 3 Jahre ist.

Sofern die Neubemessung 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, zahlen wir Ihre Rente ohne weitere Überprüfung bis zum Ende der vereinbarten Rentenbezugsdauer.

Leistungsarten

2 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

2.1 Beschreibung

In Abänderung von Ziffer 2.2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

2.2 Voraussetzung für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 %.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 AUB 2023 und 2.1.2.2 AUB 2023.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3 AUB 2023.

2.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Beginn und Dauer der Leistung

2.4.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

2.4.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:

- die versicherte Person hat das 67. Lebensjahr vollendet oder
- die versicherte Person stirbt oder
- wir teilen Ihnen mit, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 AUB 2023 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.5 Vorerkrankungen

Auswirkungen von Gebrechen und Krankheiten im Sinne von Ziffer 3 AUB 2023 werden bei der Bemessung der Invalidität berücksichtigt und mindern den Invaliditätsgrad. Nach Ziffer 3 AUB 2023 unterbleibt die Minderung jedoch, wenn der Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens weniger als 25 % beträgt.

2.6 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität

In Abänderung zu Ziffer 2.1.1.2 AUB 2023 ist die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festzustellen und von Ihnen bei uns geltend zu machen.

2.7 Berufliches Flugrisiko

In Abänderung von Ziffer 5.1.4 AUB 2023 sind grundsätzlich alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert. Ausgeschlossen bleiben berufliche Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie als Drachenfluglehrer, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot.

3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2 Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt es als Leistungsfall, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach der unter Ziffer 3.3 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktzahl von mindestens 100 Punkten führt.

Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein. Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person diese Grundfähigkeit bereits einmal besessen und sie nunmehr verloren hat. Die Krankheit, die Körperverletzung oder der Kräfteverfall muss zu nachweisbaren körperlichen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein; der Verlust von Fähigkeiten aufgrund von psychischen oder psychosomatischen Beeinträchtigungen kommt als Ursache nicht in Betracht.

Der Verlust der Grundfähigkeit ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

3.3 Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten (3.3.1 – 3.3.2.5) unterscheidet zwei Grundfähigkeitsarten: A und B. Die Punktezahl von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einem Invaliditätsgrad von mindestens 50%. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

3.3.1 Grundfähigkeiten der Kategorie A

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Orientierung

Der vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

3.3.1.1 Sehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen liegt vor, wenn die versicherte Person basierend auf der folgenden Definition erblindet ist und 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 Bedingungen nicht mehr besteht. Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit, bei der die Sehschärfe auf dem besseren Auge unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

a) nicht mehr als 1/50 beträgt, 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.

3.3.1.2 Sprechen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen liegt vor, wenn die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht mehr fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen und der Verlust der Sprachfähigkeit ausschließlich auf organischen Ursachen basiert.

Insbesondere psychogener Sprachverlust ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.3.1.3 Hören

Ein Verlust der Grundfähigkeit Hören liegt vor, wenn die versicherte Person auf beiden Seiten irreversibel und nicht therapierbar die Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 80 Dezibel verloren hat und nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 80 Dezibel gehört werden können.

3.3.1.4 Orientierung

Ein Verlust der Grundfähigkeit Orientierung liegt vor, wenn die versicherte Person dauerhaft und irreversibel nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

3.3.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen (3.3.2.1 – 3.3.2.5), denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

3.3.2.1 Obere Extremitäten

Handfunktionen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Handfunktionen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist,

- weder mit der rechten noch mit der linken Hand, einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen **25 Punkte**

oder

- Messer und Gabel gleichzeitig zu benutzen **25 Punkte**

oder

- kleine Teile wie z. B. einen Bleistift vom Boden aufzuheben **25 Punkte**

oder

- weder mit der rechten noch mit der linken Hand, eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg auszuführen. **25 Punkte**

Heben und Tragen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Heben und Tragen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 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

Ein Verlust der Grundfähigkeit Arme bewegen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit beiden Armen eine nach oben und hinten (Nackengriff) sowie eine nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Schürzenbindegriff) auszuführen. „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

Ein Verlust der Grundfähigkeit Treppen steigen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzugehen, 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**

Gehen

Ein Verlust der der Grundfähigkeit Gehen liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel und einer Pause von maximal einer Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Strecke von 400 Metern über einen festen und ebenen Boden gehend zurückzulegen. **30 Punkte**

Stehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Stehen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten zu stehen, ohne sich abzustützen. Verordnete Hilfsmittel – mit Ausnahme von Rollatoren und Unterarmgehstützen – müssen benutzt werden. **30 Punkte**

Knien und Bücken

Ein Verlust der Grundfähigkeit Knien und Bücken liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich niederzuknien oder weit genug zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. **30 Punkte**

3.3.2.3 Wirbelsäule und Becken

Sitzen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sitzen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen, während die Füße den Boden berühren, ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren. **20 Punkte**

Sich erheben

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sich erheben liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, ohne Gebrauch der Hände oder Arme und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden). **20 Punkte**

Beugen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Beugen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 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

Ein Verlust der Grundfähigkeit Auto fahren liegt vor, wenn der versicherten Person aus medizinischen Gründen der Führerschein der Klasse „B" (Stand 1999; alt: Führerscheinklasse III) entzogen worden ist.
Der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
Berufskraftfahrtberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung. **30 Punkte**

3.3.2.5 Gleichgewicht

Ein Verlust des Gleichgewichtssinnes liegt vor, wenn die versicherte Person

- weder 10 Meter entlang einer imaginären Linie (Strichgang) mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden gehen kann,
- noch 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen treten kann, ohne sich dabei um mindestens 45 Grad zur Seite zu drehen oder mit geschlossenen Augen und parallelem Fußstand keine 60 Sekunden auf fester und ebener Stelle stehen kann, ohne Fallneigung zu bekommen.

Die Störung muss durch
- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns oder
- eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
- eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel (Polyneuropathie)

verursacht worden sein. **25 Punkte**

3.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem der Verlust der Grundfähigkeit 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 eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:
- die versicherte Person hat das 67. Lebensjahr vollendet oder
- die versicherte Person stirbt oder
- wir teilen Ihnen mit, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

3.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2023 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2 Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt es als Leistungsfall, wenn die versicherte Person während der Vertragslaufzeit pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen wird. Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in 4.3.1 genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

„Voraussichtlich dauerhaft" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass ein erheblicher Hilfebedarf für voraussichtlich mindestens sechs Monate vorliegt.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Die im Rahmen dieser Bedingungen verwendeten Definitionen entsprechen nicht dem vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit und der gesetzlichen Abstufung in einzelne Pflegegrade. Sie sind hiervon unabhängig. Zur Begründung des Anspruchs auf Leistungen sind daher allein die Voraussetzungen der im Rahmen dieser Bedingungen verwendeten Definitionen maßgeblich.

4.3 Bewertungsmaßstab

4.3.1
- Waschen
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannenlift – sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.
- An- und Auskleiden
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhlöffel oder Knöpfhilfe – sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nur mit Hilfe einer anderen Person bereitstehende Getränke aufnehmen und bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.
- Verrichten der Notdurft
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder Toilette mit Duschfunktion – nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter, Stomabeutel verwenden kann.
- Aufstehen und Positionswechsel
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes - nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

- Fortbewegen
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder Festhalten der versicherten Person möglich ist.

4.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit 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 eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:
- die versicherte Person hat das 67. Lebensjahr vollendet oder
- die versicherte Person stirbt

oder
- wir teilen Ihnen mit, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

4.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2023 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5 Vital Service-Management

Sind die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6 gegeben, erbringen wir ergänzend zu den AUB 2023 auf Wunsch folgende persönliche Beratungsleistungen:

5.1 Was ist versichert?

Sind die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6 gegeben, erbringen wir Rehabilitationsleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.
Diese Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

5.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?

5.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6 sind gegeben.

5.2.2 Bedarfsermittlung und Reha-Management

Wir unterstützen die versicherte Person durch ein Reha-Management. Dies beinhaltet
- eine Situationsanalyse,
- die Ermittlung des medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsbedarfs,
- die Erstellung eines individuellen Rehabilitationskonzepts,
- die Begleitung bei der Rehabilitation sowie
- die Beratung über mögliche Leistungen der deutschen Sozialversicherung oder anderer Leistungsträger.

5.2.3 Mitwirkung von Krankheiten

Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen schränken wir abweichend von Ziffer 3 der AUB 2023 unsere Rehabilitationsleistungen nicht ein.

5.3 Welche Leistungen sind versichert?

5.3.1 Medizinische Versorgung und Therapie

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlungen, -maßnahmen und Therapien.
Das können zum Beispiel sein:
- ärztliche Zweitmeinung
- qualifizierte Leistungserbringer (z. B. spezialisierter Ärzte, Physiotherapeuten, Kliniken, Reha-Einrichtungen)
- Spezielle Therapien und Maßnahmen (z. B. psychologische Betreuung, Osteopathie)

Beispiel: Nach einem Motorradunfall wird die versicherte Person in die nächste Klinik verbracht. Auf Wunsch der versicherten Person
- *holen wir eine ärztliche Zweitmeinung ein,*
- *organisieren die Verlegung in eine geeignetere Spezialklinik,*
- *vermitteln geeignete Anschlussbehandlungen, z. B. Osteopathie*

5.3.2 Beruf

Wie beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das bestehende Arbeitsverhältnis oder die berufliche Neuorientierung.
Das können zum Beispiel sein:
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Umgestaltung des Arbeitsplatzes
- Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen.

5.3.3 Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.
Das können zum Beispiel sein:
- Prothesen
- Rollstühle
- Gehhilfen.

5.3.4 Wohnen und Mobilität

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Wohnsituation und zum Erhalt der Mobilität.
Das können zum Beispiel sein:

- barrierefreies Wohnkonzept
- Umbaumaßnahmen an Haus oder Wohnung
- Anpassung und Umrüstung von Fahrzeugen

5.3.5 Sonstige Leistungen

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

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

5.3.5.3 Für das versicherte Kind organisieren wir bei einem Schadenfall der Eltern ein Kindermädchen oder eine Haushaltshilfe. Kann das versicherte Kind aufgrund des Schadenfalls nicht am normalen Schulunterricht teilnehmen, kümmern wir uns um einen Lehrer für Privatunterricht.

5.3.5.4 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.

5.3.5.5 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.

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

5.4 Wie lange leisten wir?

5.4.1 Leistungsdauer

Die Leistungen nach Ziffer 5.2.2 und 5.3 erbringen wir längstens für 2 Jahre ab dem Schadentag.

5.4.2 Kostenübernahme

Für die Leistungen nach Ziffer 5.3.1 bis 5.3.5 gilt Folgendes:

Wir übernehmen die Kosten für die in 5.3. aufgeführten Beratungs-, Organisations- und Vermittlungsdienstleistungen.

Die Kosten für die Reha-Maßnahmen selbst übernehmen wir nicht.

5.5 Was ist im Schadenfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2023 gelten folgende Obliegenheiten:

5.5.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

5.5.2 Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, haben Sie uns ebenso zu erteilen. Dazu gehören insbesondere Informationen

- zum aktuellen Versicherungsschutz bei gesetzlichen, privaten oder sonstigen Versicherungs-/Versorgungs-/Leistungsträgern
- zu bereits beantragten, erbrachten oder zugesagten Leistungen.

5.5.3 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2023 gilt entsprechend.

5.6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

5.7 Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?

Erbringen wir Rehabilitationsleistungen, ist damit die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitere Leistungen aus Ihrer Funktionellen Invaliditätsversicherung nicht verbunden. Maßgeblich dafür sind die Bedingungen, die für die jeweiligen Leistungsarten gelten.

Zusätzlich wählbare Bausteine zur VPV Vital

6 Premium

Haben Sie den Zusatzbaustein „Premium“ in Ihren Vertrag eingeschlossen, sind zusätzlich folgende Leistungen versichert:

6.1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

6.1.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

6.1.2 Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt der Eintritt einer irreversiblen im Folgenden unter Ziffer 6.1.3 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. der Eintritt einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall als Leistungsfall. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch fachärztliche Befund- und Behandlungsdokumentation zu belegen.

6.1.3 Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der versicherten Organe bzw. der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

6.1.3.1 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.

6.1.3.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die

- zu einer dauerhaften Betreuung 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 Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.

6.1.3.3 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, die irreversibel ist und auch durch Medikamente nicht dauerhaft verbesserbar ist.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV.

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

6.1.3.4 Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die z.B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind, sofern die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduziert ist, dass eine Dauerdialyse begonnen wurde. Der Funktionsverlust der Niere muss durch einen entsprechenden Facharzt nachgewiesen werden. Die Verordnung der Dauerdialyse muss in Übereinstimmung mit den gültigen medizinischen Leitlinien erfolgen.

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

6.1.3.5 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert, wie

z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen.

Chronische Lungenschwäche im Sinne dieser Bedingungen ist eine chronische Atemwegsinsuffizienz im Endstadium.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer chronischen Lungenschwäche ist, dass

- eine dauerhafte Sauerstofftherapie von mindestens acht Stunden pro Tag erforderlich ist und bereits durchgeführt wird und
- ein durch einen Lungenfacharzt gemessener Sauerstoffpartialdruck von unter 55 mmHg dauerhaft vorliegt.

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

6.1.3.6 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber dauerhaft und irreversibel 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 (51 µmol/l)
- Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40%

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

6.1.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Organs bzw. die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten 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 eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:

- die versicherte Person hat das 67. Lebensjahr vollendet oder
- die versicherte Person stirbt oder
- wir teilen Ihnen mit, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

6.1.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2023 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

6.2 Befristete Rente bei schweren Erkrankungen

6.2.1 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

6.2.1.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

6.2.1.2 Voraussetzung für die Leistung / Bewertungsmaßstab

6.2.1.2.1 Krebs

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt der Eintritt einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen als Leistungsfall.

6.2.1.2.1.1 Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn histologisch nachgewiesen ist, dass ein bösartiger Tumor vorliegt, wenn es also zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt, und dabei mindestens der Schweregrad Stadium II nach den nachfolgenden Klassifizierungen erreicht wird. Hautkrebserkrankungen gelten davon abweichend erst ab dem Stadium III als Krebserkrankungen im Sinne dieser Bedingungen.

- Krebserkrankungen werden entsprechend der Definition der „TNM classification of malignant tumours, seventh edition“ der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV). Wir leisten ab Stadium II.
- Lymphknoten- und Blutkrebserkrankungen, also alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin, werden nach der folgenden Klassifikation eingeteilt:
  Stadium I (hier gibt es keine Leistung): Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells
  Stadium II: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells
  Stadium III: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells
  Stadium IV: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).
  Wir leisten ab Stadium II.

6.2.1.2.1.2 Als Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Tumoren des Gehirns, die. entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) in „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt sind und mindestens den Grad II erreichen.

6.2.1.2.1.3 Keine Krebserkrankungen im Sinne dieser Bedingungen und damit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ
- Gebärmutterhalsdysplasien
- sowie alle Stadien I
- Hautkrebserkrankungen Stadien I und II.

6.2.1.2.2 Krebserkrankungen im Sinne von Ziffer 6.2.1.2.1, die nicht in Stadien entsprechend der oben genannten Klassifikationen eingeteilt sind, werden nach der Organrente (Ziffer 6.1), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) berücksichtigt.

6.2.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem der Eintritt einer Krebserkrankung 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 oder
- die vorgenannte Rentenzahlungsdauer endet oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

6.2.1.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

6.2.1.4.1 Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Krebsstadiums oder Grades auf (z. B. von II auf III), erhöht sich die gesamte maximale Leistungsdauer auf diejenige des neuen Stadiums/Grades. Bereits gezahlte Renten werden bei der Neubemessung der maximalen Leistungsdauer angerechnet. (Es wird also nicht die neue maximale Leistungsdauer zu den bereits erhaltenen Leistungen hinzuaddiert, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der (neuen) Leistungsdauer für das verschlechterte Stadium / den verschlechterten Grad geleistet.)

6.2.1.4.2 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.

(Es kommt also nicht erneut die maximale Leistungsdauer vollständig zur Anwendung, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer für die wiederaufgetretene Krebserkrankung geleistet. Es kann also auch dazu kommen, dass keine Leistungen gezahlt werden, wenn bereits beim erstmaligen Auftreten bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer gezahlt worden ist.)

6.2.1.4.3 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 6.2.1.4.1 und 6.2.1.4.2 entsprechend.

Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

6.2.1.4.4 Erfüllen der Kriterien von anderen Leistungsarten

Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Anforderungen der Organrente (Ziffer 6.1), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) erfüllt, wird die Leistung unter Berücksichtigung von Ziffer 6.2.1.2.1 hieraus erbracht.

6.2.2 schwere Depression

6.2.2.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

6.2.2.2 Voraussetzung für die Leistung / Bewertungsmaßstab

6.2.2.2.1 schwere Depressionen

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt die erstmalige Diagnose einer schwere Depression im Sinne dieser Bedingungen als Leistungsfall.

6.2.2.2.1.1 Eine schwere Depression liegt vor, wenn sie von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung diagnostiziert wurde, alle Kriterien entsprechend der medizinischen Standards für diese Erkrankung erfüllt sind und eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- Die versicherte Person leidet unter einer schweren depressiven Episode, die bereits 12 Monate andauert.
- Bei der versicherten Person sind mehrere schwere depressive Episoden mit einer Gesamtdauer von mindestens 12 Monaten aufgetreten, wobei zwischen zwei schweren depressiven Episoden ein Zeitraum von höchstens sechs Monaten liegen darf.

6.2.2.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

6.2.2.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem der Eintritt einer schweren Depression erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 12 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird für die Dauer von max. 12 Monaten gezahlt.

Die Rentenzahlung endet zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- die vorgenannte Rentenzahlungsdauer endet oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

6.2.2.5 Während der Vertragslaufzeit kann die Rentenleistung aufgrund einer schweren Depression maximal einmal in Anspruch genommen werden. Auch beim Wiederauftreten erfolgt keine erneute Rentenzahlung.

6.2.3 Schizophrenie

6.2.3.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

6.2.3.2 Voraussetzung für die Leistung / Bewertungsmaßstab

6.2.3.2.1 Schizophrenie

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt die erstmalige Diagnose einer Schizophrenie im Sinne dieser Bedingungen als Leistungsfall.

6.2.3.2.1.1 Eine Schizophrenie liegt vor, wenn die versicherte Person unter einer von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung diagnostizierten Schizophrenie leidet, die bereits 12 Monate ununterbrochen andauert, und aufgrund welcher in diesem Zeitraum bereits ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik stattgefunden hat.

6.2.3.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

6.2.3.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem der Eintritt einer Schizophrenie erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 12 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird für die Dauer von max. 12 Monaten gezahlt.

Die Rentenzahlung endet zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- die vorgenannte Rentenzahlungsdauer endet oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

6.2.3.5 Während der Vertragslaufzeit kann die Rentenleistung aufgrund einer Schizophrenie maximal einmal in Anspruch genommen werden. Auch beim Wiederauftreten erfolgt keine erneute Rentenzahlung.

6.3 Kapitalleistung

6.3.1 Eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 10.000 Euro wird zusätzlich zu der Rentenleistung erbracht, sofern der Leistungsfall im Sinne von Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6.1 eingetreten ist.

6.3.2 Die Auszahlung der Kapitalleistung erfolgt mit der ersten Rentenleistung.

Während der Vertragslaufzeit kann die Kapitalleistung maximal einmal in Anspruch genommen werden.

Die Kapitalleistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (Aktivdynamik) nicht teil.

7 Lifetime

Haben Sie den Zusatzbaustein „Lifetime“ in Ihren Vertrag eingeschlossen, verlängert sich die Rentenbezugsdauer. Zwei Varianten stehen dabei zur Auswahl:

7.1 Rente bis 67 voll, danach lebenslang reduziert auf die Hälfte

In Abänderung von 2.4, 3.4, 4.4 und – sofern vereinbart – 6.1.4 endet die Rentenzahlung nicht mit dem 67. Lebensjahr der versicherten Person, sondern wird lebenslang fortgesetzt – allerdings nur in halber Höhe der Versicherungssumme.

- Bis zum 67. Lebensjahr: monatliche Rente in Höhe der Versicherungssumme

- Ab dem 67. Lebensjahr bis zum Lebensende: monatliche Rente in Höhe von 50% der Versicherungssumme

7.2 Rente lebenslang mit 1,5 % Passivdynamik

7.2.1 lebenslang

In Abänderung von 2.4, 3.4, 4.4 und – sofern vereinbart – 6.1.4 erbringen wir die Rentenzahlung nicht bis zum 67. Lebensjahr der versicherten Person sondern lebenslang.

7.2.2 Erhöhung 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.

8 Help & Care

Haben Sie den Zusatzbaustein „Help & Care“ in Ihren Vertrag eingeschlossen, sind zusätzlich Hilfs- und Pflegeleistungen versichert.

8.1 Was ist versichert?

8.1.1 Führt der Schadenfall (siehe Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – Ziffer 6) der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

8.1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

8.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

8.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist durch den Schadenfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
- benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

8.2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Schadenfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 8.3 aufgeführten Leistungen.

8.2.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der AUB 2023 unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

8.3 Welche Leistungen sind versichert?

8.3.1 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen deren Kosten.

8.3.1.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person mit

- täglich einer Hauptmahlzeit oder
- einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten

aus dem Angebot des Dienstleisters.

Sie kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot wählen (auch als Diät- oder Schonkost).

8.3.1.2 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Person zweimal wöchentlich Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 5 Stunden begrenzt.

Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

8.3.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal in der Woche.

8.3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

8.3.1.5 Wäscheservice

Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

Hierzu zählen: Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie die Schuhpflege.

8.3.1.6 Hausnotruf

Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

8.3.1.7 Fahrdienste (berufliche Gründe)

Wir organisieren für die versicherte Person bis zu zweimal pro Woche Fahrdienste aus beruflichen Gründen.

8.3.1.8 Pflegeschulung für Angehörige

Erfolgt die Pflege durch einen pflegenden Angehörigen, wird die erforderliche Schulung für die täglichen Pflegetätigkeiten durchgeführt. Es handelt sich bei dieser Leistung um eine einmalige Schulungsmaßnahme.

8.3.1.9 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausentlassung/ ambulanter Operation

Unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt/ambulanter Operation wird für die Beaufsichtigung der versicherten Person längstens für 48 Stunden gesorgt.

8.3.1.10 Familienassistance

Führt der Schadenfall einer versicherten Person dazu, dass die Versorgung oder Betreuung der in dem Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder (leibliche und/oder Pflegekinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) nicht mehr gewährleistet ist, erhält die Familie für bis zu vier Wochen eine Familienbetreuung.

Die Leistung umfasst die Kinderbetreuung inklusive Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (nur bis Grundschule), Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie die Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).

Die Familienbetreuung sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren), Schuhpflege, Einkaufen und die übliche Wohnungsreinigung (Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad und Toilette).
Diese Leistungen werden bis zu acht Stunden täglich bis zu vier Wochen erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht.

8.3.2 Organisation von weiteren Hilfsleistungen
Auf Ihren Wunsch organisieren wir die folgenden Hilfsleistungen. Deren Kosten tragen Sie selbst:

8.3.2.1 Hausmeisterdienste
Der versicherten Person wird einmalig ein Hausmeisterservice zur Einhaltung der Hausordnung (z. B. für Gartenpflege oder Winterdienste) vermittelt.

8.3.2.2 Mobiler Service für Nagel-/Fußpflege oder Friseur
Der versicherten Person wird einmal pro Monat ein mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur vermittelt, sofern örtlich verfügbar.

8.3.2.3 Tierbetreuung
Für gewöhnliche Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Vögel usw.) vermitteln wir eine passende Tierbetreuung.

8.3.3 Pflegeleistungen
Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:
Die versicherte Person erhält maximal für die Dauer von 4 Wochen täglich bis zu 3 Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

- Körperpflege
- An- und Auskleiden
- Lagern und Betten
- Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

8.3.4 Information und Beratung zur Pflege
Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln.

8.4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

8.4.1 Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange der Bedarf nach Ziffer 2 besteht, längstens für 6 Monate ab dem Schadentag.

8.4.2 Die Anerkennung eines Pflegegrads der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen:

- Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffern 8.3 und 8.4.1.
- Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen aus dem Baustein Help & Care enden dann insgesamt.

8.5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

8.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

- Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Schadenfalls gepflegt und ist dazu schadenfallbedingt nicht mehr in der Lage. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades der versicherten Person.
- Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
- Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

8.5.2 Umfang der Leistung
Wir übernehmen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 8.3, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

8.5.3 Dauer der Leistung

8.5.3.1 Solange die Voraussetzungen der Ziffer 8.5.1 vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

8.5.3.2 Hat der Angehörige vor dem Schadenfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistungen bis zu einem Monat.
Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 8.5.3.4.

8.5.3.3 Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen nach der Anerkennung.
Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

8.5.3.4 Unsere Leistungen enden spätestens 6 Monate nach dem Schadentag der versicherten Person.

8.6 Welche Personen sind nicht versicherbar?

8.6.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer überwiegend fremder Hilfe bedürfen.
Dies gilt auf jeden Fall für Personen, die mindestens in den Pflegegrad 1 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflege-Versicherung) eingestuft sind.

8.6.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 8.6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

8.7 Was ist im Schadenfall zu beachten (Obliegenheiten)?
Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2023 gelten folgende Obliegenheiten:

8.7.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.
Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.
Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

8.7.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.

8.7.3 Die Anerkennung einer Pflegestufe und den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

8.7.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 AUB 2023 gilt entsprechend.

8.8 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Weitere Bestimmungen

9 Erweiterung des Versicherungsschutzes

9.1 Allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen
Ergänzend zu Ziffer 1 AUB 2023 liegt ein Unfall 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).

9.2 Tauchtypische Gesundheitsschäden
Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt es auch als Unfall, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig
- erstickt, ertrinkt, erfriert oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

Beispiele:
Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen

9.3 Bauch oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung
Ergänzend zu Ziffer 1.4 AUB 2023 besteht Versicherungsschutz auch bei durch erhöhte Kraftanstrengung verursachten Bauch- oder Unterleibsbrüchen.

9.4 Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen infolge von Trunkenheit
In Abänderung zu Ziffer 5.1.1 AUB 2023 besteht Versicherungsschutz 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.

9.5 Passives Kriegsrisiko
In Abänderung zu Ziffer 5.1.3 AUB 2023 erlischt der Versicherungsschutz am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

9.6 Rettungsmaßnahmen von Menschen und Tieren
In Ergänzung zu 1.3 AUB 2023 gelten Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt, als unfreiwillig erlitten.

9.7 Nahrungsmittelvergiftungen
In Ergänzung zu Ziffer 5.2.5 AUB 2023 besteht Versicherungsschutz für die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen. Ausgeschlossen bleiben Alkoholvergiftungen.

10 Nicht versicherbare Personen
Nicht versicherbar sind Personen, die in einen Pflegegrad der sozialen Pflegeversicherung eingestuft sind.

11 Ende des Vertrages

11.1 Grundsätzliches
Ihr Vertrag verlängert sich, sofern er nicht gekündigt wird, jeweils um ein Jahr, längstens bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet oder in dem die Zahlung der ersten Rentenleistung bei einer dauerhaften Rentenleistung erfolgt.

11.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
Sie können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 oder Ziffer 10.3 AUB 2023 kündigen.

11.3 Kündigung durch den Versicherer
Wir können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 AUB 2023 sowie – unter den unter den jeweiligen Ziffern genannten weiteren Voraussetzungen – gemäß Ziffer 11.3.4 und Ziffer 13.2.2 AUB 2023 kündigen.
Auf unser Kündigungsrecht aus Ziffer 10.3 AUB 2023 verzichten wir ausdrücklich.
Unser Recht, Ihren Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 AUB 2023 zu kündigen, wenden wir zu Ihren Gunsten nur mit folgender Einschränkung an:
Unsere Kündigung wird nur wirksam, wenn wir mit Schreiben vom gleichen Tag auch gegenüber allen weiteren Versicherungsnehmern eine Kündigung aussprechen, deren Versicherungsvertrag die Bedingungen und Verbraucherinformationen für die VPV Vital / VPV Vital Junior (3.PES.0297 10.2025 UP) zugrunde liegen.

12 Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung

12.1 Sie können unter den nachfolgenden Voraussetzungen einmalig, ohne erneute Risikoprüfung, die versicherte monatliche Rente erhöhen, sofern diese Erhöhung nicht mehr als 25 % der bislang versicherten monatlichen Rente und maximal 500 Euro beträgt (Erhöhungsgarantie).

12.1.1 bei Heirat der versicherten Person, als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z. B. Heiratsurkunde) einzureichen

12.1.2 bei Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen

12.1.3 bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen

12.1.4 bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (z. B. rechtskräftiger Gerichtsbeschluss) ist einzureichen

12.1.5 bei Erwerb oder Neubau einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 € durch die versicherte Person, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen

12.1.6 bei einer Steigerung des Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahreseinkommen.
Die Erhöhung muss dauerhaft sein und darf sich nicht aus erfolgsabhängigen Gehaltsbestandteilen oder Einmalzahlungen ergeben. Die Erhöhung ist durch einen Gehaltsnachweis oder eine Bestätigung des Arbeitgebers zu belegen.

12.1.7 bei Abschluss eines unbefristeten oder für mindestens ein Jahr befristeten Arbeitsvertrages im Anschluss an die erfolgreiche Beendigung einer Ausbildung

12.1.8 bei erfolgreichem Abschluss eines Studiums an einer Hochschule oder Fachhochschule

12.1.9 bei einer bestandenen Meisterprüfung

12.1.10 bei erstmaligem Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

12.2 Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus,
- dass die versicherte Person nicht älter als 40 Jahre ist, und
- dass der zu diesem Zeitpunkt in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag noch nicht erreicht ist, und
- dass der Leistungsfall im Sinne von Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – Ziffer 6 noch nicht eingetreten ist, und
- dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.

12.3 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.

12.4 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.

13 Ausschlüsse

In Ergänzung der Ausschlüsse gemäß Ziffer 5 AUB 2023 bestehen für die VPV Vital für alle Leistungsarten nachfolgende weitere Ausschlüsse.
Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist

13.1 durch vorsätzliche Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, vorsätzliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

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

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

13.4 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;

13.5 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;

13.6 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;

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

13.8 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.

14 Wartezeit

14.1 Für die Leistungsarten
- Grundfähigkeitenrente (siehe Ziffer 3),
- Organrente (siehe Ziffer 6.1) und
- Krebsrente (siehe Ziffer 6.2.1)

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

14.2 Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

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

14.4 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, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden.

15 Innovationsklausel

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.

16 Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt folgende Regelung:

16.1 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 dort genannten zeitlichen Umfang beitragsfrei gestellt:

16.2 Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Beschäftigung nachgehen, bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld I oder II beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen. Beschäftigung im Sinne dieser Bedingungen setzt eine Mindestarbeitszeit von 15 Stunden in der Woche voraus.

16.3 Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen beschäftigt, 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, die der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgt, für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt.
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.

16.4 Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate.

16.5 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 einmal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.

16.6 Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.

16.7 Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) angekündigt war.

17 entfällt

18 entfällt

Rentenleistung

19 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

- bei schweren Depressionen sowie Schizophrenie (siehe Ziffer 6.2.2, 6.2.3) ab dem Datum der erstmaligen ärztlichen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als 12 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.
- nach einem Unfall (Unfallrente – siehe Ziffer 2) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

20 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten monatlichen Rente, wobei die Leistungsdynamik nach Ziffer 24 zu berücksichtigen ist.

21 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

21.1 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.

21.2 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, wenn und soweit dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person ein Anspruch auf Ersatz seiner Kosten durch Dritte nicht zusteht.

21.3 Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen.

21.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.
Dazu können Sie oder die versicherte Person 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 ermächtigen, uns auf Verlangen direkt Auskunft zu erteilen.
Sie oder die versicherte Person haben 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.
Ansonsten können Sie oder die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

21.5 Wir sind verpflichtet, nach Vorliegen aller Unterlagen – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung und Einreichung aller erforderlichen Unterlagen – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Nach Ablehnung eines Leistungsfalls werden wir innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten die Kosten, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung eines weiteren Leistungsantrags aufgrund der gleichen Krankheit entstehen, nicht übernehmen. Reicht der Versicherungsnehmer auf eigene Kosten einen Leistungsantrag ein und wird auf Grund dieser Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.

21.6 Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, müssen die ärztlichen Nachweise zum Eintritt oder zum Fortbestehen eines Leistungsfalls von einem innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arzt erstellt werden, sofern wir nicht anlässlich einer Leistungsprüfung oder der weiteren Nachprüfung im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen.

21.7 Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

22 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

22.1 Eine Minderung oder ein Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.

22.2 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 der unter Ziffer 1.3 genannten Reaktivierungsfrist. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Ziffer 21.3 bis 21.6 gelten entsprechend.

22.3 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.

22.4 Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.

22.5 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.

23 Folgen bei Verletzung von Pflichten

Solange eine Mitwirkungspflicht nach Ziffer 21 und 22 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 dann 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.

24 Dynamisierung der Rentenleistung

24.1 Erhöhung von Rente und Beitrag

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Rente vereinbart haben, erhöhen wir die monatliche Rente 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 monatliche Rente auf volle Euro aufgerundet. Die erhöhte Rente gilt für alle nach dem Erhöhungstermin eingetretenen Leistungsfälle.
Ihre Beiträge erhöhen sich entsprechend nach dem bei Vertragsbeginn abgeschlossenen Tarif, abhängig vom Alter 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 in Textform 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 in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.
Ohne dass es einer Kündigung durch uns bedarf, endet diese Erhöhung der Rente und des Beitrags zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat und/oder eine monatliche Rente von 3.500 Euro erreicht wird. Die monatliche Rente von 3.500 Euro kann auch durch die letzte Erhöhung nicht überschritten werden.

25 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

In Ergänzung zu Ziffer 17 AUB 2023 werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen, uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen und uns zugegangen sind.

D. Besondere Bedingungen für die VPV Vital Junior

Für Ihren Versicherungsvertrag VPV Vital Junior gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2023) und die folgenden Besonderen Bedingungen für die VPV Vital Junior. Sofern nicht in diesen Besonderen Bedingungen davon abweichende Regelungen getroffen sind, gelten die AUB 2023.

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Leistungsarten

Die VPV Vital Junior unterscheidet folgende Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente – siehe Ziffer 2);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente – siehe Ziffer 3);
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente – siehe Ziffer 4)

Zusätzlich werden im Leistungsfall Beratungsleistungen erbracht (Vital Service-Management – siehe Ziffer 5).

1.2 Zusätzlich wählbare Bausteine

Haben Sie den Zusatzbaustein **„Premium“** in Ihren Vertrag eingeschlossen, sind zusätzlich folgende Leistungen versichert:

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente – siehe Ziffer 6.1);
- Rentenleistung bei Feststellung einer definierten schweren Erkrankung (siehe Ziffer 6.2).
- Kapitalleistung (siehe Ziffer 6.3).

Haben Sie den Zusatzbaustein **„Help & Care“** in Ihren Vertrag eingeschlossen, sind zusätzlich Hilfs- und Pflegeleistungen versichert (siehe Ziffer 8).

Haben Sie den Zusatzbaustein **„Lifetime“** in Ihren Vertrag eingeschlossen, verlängert sich die Rentenbezugsdauer (siehe Ziffer 7).

1.3 Art, Höhe und Dauer der Leistung

Der Leistungsfall muss vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet.

Die Leistung wird als monatliche Rente gezahlt.

Die Rentenleistung erfolgt längstens bis zum 67. Lebensjahr.

Bei einer Rente aufgrund einzelner definierten schweren Erkrankungen (siehe Ziffer 6.2.) bemisst sich die Dauer der Rentenleistung nach den speziellen Regelungen der Ziffer 6.2.1.3.

Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs auf monatliche Rentenleistung 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.

Unabhängig von der monatlichen Rentenleistung ist – sofern der Baustein „Premium“ vereinbart wurde – eine Kapitalleistung unter den Voraussetzungen nach Ziffer 6.3 möglich.

Innerhalb von 5 Jahren nach Unfall oder bedingungsgemäßem Leistungs- oder Rentenbeginn haben wir jährlich das Recht, eine Neubemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist).

Bei einer Rente aufgrund einzelner definierten schweren Erkrankungen (siehe Ziffer 6.2.) reduziert sich die Reaktivierungsfrist auf die maximale Leistungsdauer, sofern diese kürzer als 5 Jahre ist.

Sofern die Neubemessung 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, zahlen wir Ihre Rente ohne weitere Überprüfung bis zum Ende der vereinbarten Rentenbezugsdauer.

Leistungsarten

2 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

2.1 Beschreibung

In Abänderung von Ziffer 2.2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

2.2 Voraussetzung für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 AUB 2023 und 2.1.2.2 AUB 2023.

Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3 AUB 2023.

2.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Beginn und Dauer der Leistung

2.4.1 Wir zahlen die Unfallrente

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

2.4.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:

- die versicherte Person hat das 67. Lebensjahr vollendet oder
- die versicherte Person stirbt oder
- wir teilen Ihnen mit, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 AUB 2023 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.5 Vorerkrankungen

Auswirkungen von Gebrechen und Krankheiten im Sinne von Ziffer 3 AUB 2023 werden bei der Bemessung der Invalidität berücksichtigt und mindern den Invaliditätsgrad. Nach Ziffer 3 AUB 2023 unterbleibt die Minderung jedoch, wenn der Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens weniger als 25 % beträgt.

2.6 Verlängerung der Anmelde- und Feststellfrist für die Invalidität

In Abänderung zu Ziffer 2.1.1.2 AUB 2023 ist die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festzustellen und von Ihnen bei uns geltend zu machen.

2.7 Berufliches Flugrisiko

In Abänderung von Ziffer 5.1.4 AUB 2023 sind grundsätzlich alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert. Ausgeschlossen bleiben berufliche Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie als Drachenfluglehrer, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot.

3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2 Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt es als Leistungsfall, wenn der Verlust einzelner, im Folgenden definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit vorliegt. Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person diese Grundfähigkeit bereits einmal besessen und sie nunmehr verloren hat. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen (siehe auch Ziffer 3.3).

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

Die Krankheit, die Körperverletzung oder der Kräfteverfall muss zu nachweisbaren körperlichen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein; der Verlust von Fähigkeiten aufgrund von psychischen oder psychosomatischen Beeinträchtigungen kommt als Ursache nicht in Betracht.

Der Verlust der Grundfähigkeit ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

3.3 Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten (3.3.1 – 3.3.2) unterscheidet zwei Grundfähigkeitsarten: 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 Sehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen liegt vor, wenn die versicherte Person basierend auf der folgenden Definition erblindet ist und nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmitte, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr besteht. Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit, bei der die Sehschärfe auf dem besseren Auge unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

a) nicht mehr als 1/50 beträgt, 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.

3.3.1.2 Sprechen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen liegt vor, wenn die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht mehr fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen und der Verlust der Sprachfähigkeit ausschließlich auf organischen Ursachen basiert.

Insbesondere psychogener Sprachverlust ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.3.1.3 Hören

Ein Verlust der Grundfähigkeit hören liegt vor, wenn die versicherte Person auf beiden Seiten irreversibel und nicht therapierbar die Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 80 Dezibel verloren hat und nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 80 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. aufgrund von Krebs, Durchblutungsstörungen (z. B. aufgrund von Diabetes)) oder
- 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 2023 auf die Funktionsfähigkeit geprüft. Es muss ein Invaliditätsgrad von größer oder gleich 50 Prozent auf die ent-

sprechende Funktion der einzelnen Körperteile nachgewiesen werden. Von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2023 abweichende Vereinbarungen bezüglich der Gliedertaxe bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
Eine Leistung wird immer fällig bei

- Querschnittslähmung mit vollständiger Aufhebung des Gehvermögens
- Vollständigem 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 eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:

- die versicherte Person hat das 67. Lebensjahr vollendet oder
- die versicherte Person stirbt oder
- wir teilen Ihnen mit, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

3.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2023 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2 Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt es als Leistungsfall, wenn die versicherte Person während der Vertragslaufzeit pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen wird. Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in 4.3.1 genannten sechs Verrichtungen (ADLs) auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.
„Voraussichtlich dauerhaft" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass ein erheblicher Hilfebedarf für voraussichtlich mindestens sechs Monate vorliegt.
Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
Hierbei wird bei Kindern, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bei der Bewertung der ADLs allein die Abweichung von der Selbständigkeit und den Fähigkeiten altersentsprechend entwickelter Kinder zugrunde gelegt.
Die im Rahmen dieser Bedingungen verwendeten Definitionen entsprechen nicht dem vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit und der gesetzlichen Abstufung in einzelne Pflegegrade. Sie sind hiervon unabhängig. Zur Begründung des Anspruchs auf Leistungen sind daher allein die Voraussetzungen der im Rahmen dieser Bedingungen verwendeten Definitionen maßgeblich.

4.3 Bewertungsmaßstab

4.3.1

- Waschen
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannenlift – sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.
- An- und Auskleiden
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhlöffel oder Knöpfhilfe – sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nur mit Hilfe einer anderen Person bereitstehende Getränke aufnehmen und bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.
- Verrichten der Notdurft
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder Toilette mit Duschfunktion – nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter, Stomabeutel verwenden kann.
- Aufstehen und Positionswechsel
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes - nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.
- Fortbewegen
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewe-

gen kann und ihr das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder Festhalten der versicherten Person möglich ist.

4.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit 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 eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:

- die versicherte Person hat das 67. Lebensjahr vollendet oder
- die versicherte Person stirbt oder
- wir teilen Ihnen mit, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

4.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2023 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5 Vital Service-Management

Sind die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6 gegeben, erbringen wir ergänzend zu den AUB 2023 auf Wunsch folgende persönliche Beratungsleistungen:

5.1 Was ist versichert?

Sind die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6 gegeben, erbringen wir Rehabilitationsleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.
Diese Rehabilitationsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

5.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Rehabilitationsleistungen?

5.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Rentenleistung nach Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6 sind gegeben.

5.2.2 Bedarfsermittlung und Reha-Management

Wir unterstützen die versicherte Person durch ein Reha-Management. Dies beinhaltet

- eine Situationsanalyse,
- die Ermittlung des medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitationsbedarfs,
- die Erstellung eines individuellen Rehabilitationskonzepts,
- die Begleitung bei der Rehabilitation sowie
- die Beratung über mögliche Leistungen der deutschen Sozialversicherung oder anderer Leistungsträger.

5.2.3 Mitwirkung von Krankheiten

Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen schränken wir abweichend von Ziffer 3 der AUB 2023 unsere Rehabilitationsleistungen nicht ein.

5.3 Welche Leistungen sind versichert?

5.3.1 Medizinische Versorgung und Therapie

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlungen, -maßnahmen und Therapien.
Das können zum Beispiel sein:

- ärztliche Zweitmeinung
- qualifizierte Leistungserbringer (z. B. spezialisierter Ärzte, Physiotherapeuten, Kliniken, Reha-Einrichtungen)
- Spezielle Therapien und Maßnahmen (z. B. psychologische Betreuung, Osteopathie)

Beispiel: Nach einem Motorradunfall wird die versicherte Person in die nächste Klinik verbracht. Auf Wunsch der versicherten Person

- holen wir eine ärztliche Zweitmeinung ein,
- organisieren die Verlegung in eine geeignetere Spezialklinik,
- vermitteln geeignete Anschlussbehandlungen, z. B. Osteopathie

5.3.2 Beruf

Wie beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das bestehende Arbeitsverhältnis oder die berufliche Neuorientierung.
Das können zum Beispiel sein:

- Stufenweise Wiedereingliederung
- Umgestaltung des Arbeitsplatzes
- Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen.

5.3.3 Hilfsmittel

Wir beraten über und vermitteln geeignete Hilfsmittel.
Das können zum Beispiel sein:

- Prothesen
- Rollstühle
- Gehhilfen.

5.3.4 Wohnen und Mobilität

Wir beraten über, organisieren und vermitteln geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Wohnsituation und zum Erhalt der Mobilität.
Das können zum Beispiel sein:

- barrierefreies Wohnkonzept
- Umbaumaßnahmen an Haus oder Wohnung
- Anpassung und Umrüstung von Fahrzeugen

5.3.5 Sonstige Leistungen

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

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

5.3.5.3 Für das versicherte Kind organisieren wir bei bei einem Schadenfall Eltern ein Kindermädchen oder eine Haushaltshilfe. Kann das versicherte Kind aufgrund des Schadenfalls nicht am normalen Schulunterricht teilnehmen, kümmern wir uns um einen Lehrer für Privatunterricht.

5.3.5.4 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.

5.3.5.5 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.

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

5.4 Wie lange leisten wir?

5.4.1 Leistungsdauer

Die Leistungen nach Ziffer 5.2.2 und 5.3 erbringen wir längstens für 2 Jahre ab dem Schadentag.

5.4.2 Kostenübernahme

Für die Leistungen nach Ziffer 5.3.1 und 5.3.5 gilt Folgendes:
Wir übernehmen die Kosten für die in 5.3. aufgeführten Beratungs-, Organisations- und Vermittlungsdienstleistungen. Die Kosten für die Reha-Maßnahmen selbst übernehmen wir nicht.

5.5 Was ist im Schadenfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2023 gelten folgende Obliegenheiten:

5.5.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

5.5.2 Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, haben Sie uns ebenso zu erteilen. Dazu gehören insbesondere Informationen

- zum aktuellen Versicherungsschutz bei gesetzlichen, privaten oder sonstigen Versicherungs-/Versorgungs-/Leistungsträgern
- zu bereits beantragten, erbrachten oder zugesagten Leistungen.

5.5.3 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2023 gilt entsprechend.

5.6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

5.7 Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?

Erbringen wir Rehabilitationsleistungen, ist damit die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitere Leistungen aus Ihrer Funktionellen Invaliditätsversicherung nicht verbunden. Maßgeblich dafür sind die Bedingungen, die für die jeweiligen Leistungsarten gelten.

Zusätzlich wählbare Bausteine zur VPV Vital Junior

6 Premium

Haben Sie den Zusatzbaustein „Premium“ in Ihren Vertrag eingeschlossen, sind zusätzlich folgende Leistungen versichert:

6.1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

6.1.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

6.1.2 Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt der Eintritt einer irreversiblen im Folgenden unter Ziffer 6.1.3 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. der Eintritt einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall als Leistungsfall. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch fachärztliche Befund- und Behandlungsdokumentation zu belegen.

6.1.3 Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der versicherten Organe bzw. der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

6.1.3.1 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.

6.1.3.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die

- zu einer dauerhaften Betreuung 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 Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.

6.1.3.3 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, die irreversibel ist und auch durch Medikamente nicht dauerhaft verbesserbar ist.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV.

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

6.1.3.4 Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die z.B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind, sofern die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduziert ist, dass eine Dauerdialyse begonnen wurde. Der Funktionsverlust der Niere muss durch einen entsprechenden Facharzt nachgewiesen werden. Die Verordnung der Dauerdialyse muss in Übereinstimmung mit den gültigen medizinischen Leitlinien erfolgen. Werden die Werte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

6.1.3.5 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert, wie z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Chronische Lungenschwäche im Sinne dieser Bedingungen ist eine chronische Atemwegsinsuffizienz im Endstadium. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer chronischen Lungenschwäche ist, dass

- eine dauerhafte Sauerstofftherapie von mindestens acht Stunden pro Tag erforderlich ist und bereits durchgeführt wird und
- ein durch einen Lungenfacharzt gemessener Sauerstoffpartialdruck von unter 55 mmHg dauerhaft vorliegt.

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

6.1.3.6 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber dauerhaft und irreversibel 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 (51 µmol/l)
- Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40%

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

6.1.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Organs bzw. die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten 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 eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:

- die versicherte Person hat das 67. Lebensjahr vollendet oder
- die versicherte Person stirbt oder
- wir teilen Ihnen mit, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

6.1.5 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2023 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

6.2 Befristete Rente bei schweren Erkrankungen

6.2.1 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

6.2.1.1 Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 und 2 AUB 2023 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

6.2.1.2 Voraussetzung für die Leistung / Bewertungsmaßstab

6.2.1.2.1 Krebs

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt der Eintritt einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen als Leistungsfall.

6.2.1.2.1.1 Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn histologisch nachgewiesen ist, dass ein bösartiger Tumor vorliegt, wenn es also zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt, und dabei mindestens der Schweregrad Stadium II nach den nachfolgenden Klassifizierungen erreicht wird. Hautkrebserkrankungen gelten davon abweichend erst ab dem Stadium III als Krebserkrankungen im Sinne dieser Bedingungen.

- Krebserkrankungen werden entsprechend der Definition der „TNM classification of malignant tumours, seventh edition" der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV). Wir leisten ab Stadium II.
- Lymphknoten- und Blutkrebserkrankungen, also alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin, werden nach der folgenden Klassifikation eingeteilt:
  Stadium I (hier gibt es keine Leistung): Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells
  Stadium II: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells
  Stadium III: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells
  Stadium IV: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).
  Wir leisten ab Stadium II.

6.2.1.2.1.2 Als Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Tumoren des Gehirns, die. entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) in „Grade" (Schweregrade) I bis IV eingeteilt sind und mindestens den Grad II erreichen.

6.2.1.2.1.3 Keine Krebserkrankungen im Sinne dieser Bedingungen und damit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ
- Gebärmutterhalsdysplasien
- sowie alle Stadien I
- Hautkrebserkrankungen Stadien I und II.

6.2.1.2.2 Krebserkrankungen im Sinne von Ziffer 6.2.1.2.1, die nicht in Stadien entsprechend der oben genannten Klassifikationen eingeteilt sind, werden nach der Organrente (Ziffer 6.1), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) berücksichtigt.

6.2.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem der Eintritt einer Krebserkrankung 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 oder
- die vorgenannte Rentenzahlungsdauer endet oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

6.2.1.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

6.2.1.4.1 Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Krebsstadiums oder Grades auf (z. B. von II auf III), erhöht sich die gesamte maximale Leistungsdauer auf diejenige des neuen Stadiums/Grades. Bereits gezahlte Renten werden bei der Neubemessung der maximalen Leistungsdauer angerechnet. (Es wird also nicht die neue maximale Leistungsdauer zu den bereits erhaltenen Leistungen hinzuaddiert, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der (neuen) Leistungsdauer für das verschlechterte Stadium / den verschlechterten Grad geleistet.)

6.2.1.4.2 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.

(Es kommt also nicht erneut die maximale Leistungsdauer vollständig zur Anwendung, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer für die wiederaufgetretene Krebserkrankung geleistet. Es kann also auch dazu kommen, dass keine Leistungen gezahlt werden, wenn bereits beim erstmaligen Auftreten bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer gezahlt worden ist.)

6.2.1.4.3 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 6.2.1.4.1 und 6.2.1.4.2 entsprechend.

Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

6.2.1.4.4 Erfüllen der Kriterien von anderen Leistungsarten

Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Anforderungen der Organrente (Ziffer 6.1), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) erfüllt, wird die Leistung unter Berücksichtigung von Ziffer 6.2.1.2.1 hieraus erbracht.

6.3 Kapitalleistung

6.3.1 Eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 10.000 Euro wird zusätzlich zu der Rentenleistung erbracht, sofern der Leistungsfall im Sinne von Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6.1 eingetreten ist.

6.3.2 Die Auszahlung der Kapitalleistung erfolgt mit der ersten Rentenleistung.

Während der Vertragslaufzeit kann die Kapitalleistung maximal einmal in Anspruch genommen werden.

Die Kapitalleistung nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (Aktiv-

dynamik) nicht teil.

7 Lifetime

Haben Sie den Zusatzbaustein „Lifetime“ in Ihren Vertrag eingeschlossen, verlängert sich die Rentenbezugsdauer. Zwei Varianten stehen dabei zur Auswahl:

7.1 Rente bis 67 voll, danach lebenslang reduziert auf die Hälfte

In Abänderung von 2.4, 3.4, 4.4 und – sofern vereinbart – 6.1.4 endet die Rentenzahlung nicht mit dem 67. Lebensjahr der versicherten Person, sondern wird lebenslang fortgesetzt – allerdings nur in halber Höhe der Versicherungssumme.

- Bis zum 67. Lebensjahr: monatliche Rente in Höhe der Versicherungssumme
- Ab dem 67. Lebensjahr bis zum Lebensende: monatliche Rente in Höhe von 50% der Versicherungssumme

7.2 Rente lebenslang mit 1,5 % Passivdynamik

7.2.1 lebenslang

In Abänderung von 2.4, 3.4, 4.4 und – sofern vereinbart – 6.1.4 erbringen wir die Rentenzahlung nicht bis zum 67. Lebensjahr der versicherten Person sondern lebenslang.

7.2.2 Erhöhung 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.

8 Help & Care

Haben Sie den Zusatzbaustein „Help & Care“ in Ihren Vertrag eingeschlossen, sind zusätzlich Hilfs- und Pflegeleistungen versichert.

8.1 Was ist versichert?

8.1.1 Führt der Schadenfall (siehe Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – Ziffer 6) der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

8.1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

8.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

8.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist durch den Schadenfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
- benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

8.2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistung

Wir ermitteln den durch den Schadenfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 8.3 aufgeführten Leistungen.

8.2.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der AUB 2023 unsere Hilfs- und Pflegeleistungen nicht ein.

8.3 Welche Leistungen sind versichert?

8.3.1 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen deren Kosten.

8.3.1.1 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person mit

- täglich einer Hauptmahlzeit oder
- einmal pro Woche sieben Hauptmahlzeiten

aus dem Angebot des Dienstleisters.

Sie kann die Mahlzeiten aus einem Menüangebot wählen (auch als Diät- oder Schonkost).

8.3.1.2 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Person zweimal wöchentlich Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 5 Stunden begrenzt.

Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

8.3.1.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal in der Woche.

8.3.1.4 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

8.3.1.5 Wäscheservice

Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich 4 Stunden begrenzt.

Hierzu zählen: Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie die Schuhpflege.

8.3.1.6 Hausnotruf

Wir versorgen die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

8.3.1.7 Fahrdienste (berufliche Gründe)

Wir organisieren für die versicherte Person bis zu zweimal pro Woche Fahrdienste aus beruflichen Gründen.

8.3.1.8 Pflegeschulung für Angehörige

Erfolgt die Pflege durch einen pflegenden Angehörigen, wird die erforderliche Schulung für die täglichen Pflegetätigkeiten durchgeführt. Es handelt sich bei dieser Leistung um eine einmalige Schulungsmaßnahme.

8.3.1.9 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausentlassung/ ambulanter Operation
Unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt/ambulanter Operation wird für die Beaufsichtigung der versicherten Person längstens für 48 Stunden gesorgt.

8.3.1.10 Familienassistance
Führt der Schadenfall einer versicherten Person dazu, dass die Versorgung oder Betreuung der in dem Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder (leibliche und/oder Pflegekinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) nicht mehr gewährleistet ist, erhält die Familie für bis zu vier Wochen eine Familienbetreuung.
Die Leistung umfasst die Kinderbetreuung inklusive Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (nur bis Grundschule), Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie die Unterstützung bei der Körperpflege (nichtmedizinischer Art).
Die Familienbetreuung sorgt für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren), Schuhpflege, Einkaufen und die übliche Wohnungsreinigung (Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad und Toilette).
Diese Leistungen werden bis zu acht Stunden täglich bis zu vier Wochen erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalles, in denen für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder niemand zur Verfügung steht.

8.3.2 Organisation von weiteren Hilfsleistungen
Auf Ihren Wunsch organisieren wir die folgenden Hilfsleistungen. Deren Kosten tragen Sie selbst:

8.3.2.1 Hausmeisterdienste
Der versicherten Person wird einmalig ein Hausmeisterservice zur Einhaltung der Hausordnung (z. B. für Gartenpflege oder Winterdienste) vermittelt.

8.3.2.2 Mobiler Service für Nagel-/Fußpflege oder Friseur
Der versicherten Person wird einmal pro Monat ein mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur vermittelt, sofern örtlich verfügbar.

8.3.2.3 Tierbetreuung
Für gewöhnliche Haustiere der versicherten Person (z. B. Hunde, Katzen, Vögel usw.) vermitteln wir eine passende Tierbetreuung.

8.3.3 Pflegeleistungen
Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:
Die versicherte Person erhält maximal für die Dauer von 4 Wochen täglich bis zu 3 Stunden eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:
- Körperpflege
- An- und Auskleiden
- Lagern und Betten
- Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung.

8.3.4 Information und Beratung zur Pflege
Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln.

8.4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

8.4.1 Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange der Bedarf nach Ziffer 2 besteht, längstens für 6 Monate ab dem Schadentag.

8.4.2 Die Anerkennung eines Pflegegrads der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen:
- Werden ausschließlich Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gewählt, erbringen wir ergänzend Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffern 8.3 und 8.4.1.
- Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen aus dem Baustein Help & Care enden dann insgesamt.

8.5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

8.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
- Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Schadenfalls gepflegt und ist dazu schadenfallbedingt nicht mehr in der Lage. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades der versicherten Person.
- Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
- Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

8.5.2 Umfang der Leistung
Wir übernehmen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 8.3, soweit die versicherte Person sie vor dem Schadenfall erbracht hat.

8.5.3 Dauer der Leistung

8.5.3.1 Solange die Voraussetzungen der Ziffer 8.5.1 vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

8.5.3.2 Hat der Angehörige vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistungen bis zu einem Monat.
Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraumes auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 8.5.3.4.

8.5.3.3 Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen nach der Anerkennung.
Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

8.5.3.4 Unsere Leistungen enden spätestens 6 Monate nach dem Schadentag der versicherten Person.

8.6 Welche Personen sind nicht versicherbar?

8.6.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer überwiegend fremder Hilfe bedürfen.
Dies gilt auf jeden Fall für Personen, die mindestens in den Pflegegrad 1 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflege-Versicherung) eingestuft sind.

8.6.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 8.6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

8.7 Was ist im Schadenfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2023 gelten folgende Obliegenheiten:

8.7.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person.
Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind. Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

8.7.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.

8.7.3 Die Anerkennung einer Pflegestufe und den Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

8.7.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 AUB 2023 gilt entsprechend.

8.8 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Weitere Bestimmungen

9 Erweiterung des Versicherungsschutzes

9.1 Allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen

Ergänzend zu Ziffer 1 AUB 2023 liegt ein Unfall 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).

9.2 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Ergänzend zu Ziffer 1.3 AUB 2023 gilt es auch als Unfall, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

- erstickt, ertrinkt, erfriert oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

Beispiele:
Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen

9.3 Bauch oder Unterleibsbrüche durch erhöhte Kraftanstrengung

Ergänzend zu Ziffer 1.4 AUB 2023 besteht Versicherungsschutz auch bei durch erhöhte Kraftanstrengung verursachten Bauch- oder Unterleibsbrüchen.

9.4 Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen infolge von Trunkenheit

In Abänderung zu Ziffer 5.1.1 AUB 2023 besteht Versicherungsschutz 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.

9.5 Passives Kriegsrisiko

In Abänderung zu Ziffer 5.1.3 AUB 2023 erlischt der Versicherungsschutz am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

9.6 Rettungsmaßnahmen von Menschen und Tieren

In Ergänzung zu 1.3 AUB 2023 gelten Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen bewusst in Kauf nimmt, als unfreiwillig erlitten.

9.7 Nahrungsmittelvergiftungen

In Ergänzung zu Ziffer 5.2.5 AUB 2023 besteht Versicherungsschutz für die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen. Ausgeschlossen bleiben Alkoholvergiftungen.

10 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar sind Personen, die in einen Pflegegrad der sozialen Pflegeversicherung eingestuft sind.

11 Ende des Vertrages

11.1 Grundsätzliches

Ihr Vertrag verlängert sich, sofern er nicht gekündigt wird, jeweils um ein Jahr, längstens bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet oder in dem die Zahlung der ersten Rentenleistung bei einer dauerhaften Rentenleistung erfolgt.

11.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Sie können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 9.2 oder Ziffer 9.3 AUB 2023 kündigen.

12 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, sofern wir diesen zu diesem Zeitpunkt noch für das Neugeschäft anbieten.

Das Optionsrecht kann nicht in Anspruch genommen werden, sofern:

- in den letzten 5 Jahren eine Rente nach Ziffer 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – nach Ziffer 6 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 eines Pflegegrades gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) vorliegt. Ist einer der vorgenannten Falle eingetreten, so ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

Ist einer der vorgenannten Fälle eingetreten, so ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

13 Ausschlüsse

In Ergänzung der Ausschlüsse gemäß Ziffer 5 AUB 2023 bestehen für die VPV Vital Junior für alle Leistungsarten nachfolgende weitere Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist

13.1 durch vorsätzliche Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, vorsätzliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

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

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

13.4 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;

13.5 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;

13.6 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;

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

13.8 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.

14 Wartezeit

14.1 Für die Leistungsarten

- Grundfähigkeitenrente (siehe Ziffer 3),
- Organrente (siehe Ziffer 6.1) und
- Krebsrente (siehe Ziffer 6.2.1)

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

14.2 Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

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

14.4 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, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden.

15 Innovationsklausel

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.

16 Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt folgende Regelung:

16.1 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 dort genannten zeitlichen Umfang beitragsfrei gestellt:

16.2 Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Beschäftigung nachgehen, bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld I oder II beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen. Beschäftigung im Sinne dieser Bedingungen setzt eine wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden voraus.

16.3 Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen beschäftigt, 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, die der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgt,

für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt. 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.

16.4 Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate.

16.5 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 einmal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.

16.6 Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.

16.7 Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) angekündigt war.

17 Verdopplung der Rentenhöhe bei Tod des Versicherungsnehmers

In Ergänzung zu Ziffer 11.6 AUB 2023 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 abgeschlossene Monatsrente im Leistungsfall – maximal jedoch auf 2.000 €. Die maximale Monatsrente von 2.000 € kann auch durch diese Verdopplung nicht überschritten werden.

18 Trostgeld

18.1 Bei einer operativen Mandel- bzw. Blinddarmentfernung des versicherten Kindes während der Vertragslaufzeit erbringen wir eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 250 Euro.

18.2 Während der Vertragslaufzeit kann das Trostgeld maximal einmal in Anspruch genommen werden.
Das Trostgeld nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag (Aktivdynamik) nicht teil.

Rentenleistung

19 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 nach einem Unfall (Unfallrente – siehe Ziffer 2) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

20 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten monatlichen Rente, wobei die Leistungsdynamik nach Ziffer 24 zu berücksichtigen ist.

21 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

21.1 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.

21.2 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, wenn und soweit dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person ein Anspruch auf Ersatz seiner Kosten durch Dritte nicht zusteht.

21.3 Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen.

21.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.
Dazu können Sie oder die versicherte Person 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 ermächtigen, uns auf Verlangen direkt Auskunft zu erteilen.
Sie oder die versicherte Person haben 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.
Ansonsten können Sie oder die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.
Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

21.5 Wir sind verpflichtet, nach Vorliegen aller Unterlagen – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung und Einreichung aller erforderlichen Unteralge – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen.
Nach Ablehnung eines Leistungsfalls werden wir innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten die Kosten, die dem

Versicherungsnehmer zur Begründung eines weiteren Leistungsantrags aufgrund der gleichen Krankheit entstehen, nicht übernehmen. Reicht der Versicherungsnehmer auf eigene Kosten einen Leistungsantrag ein und wird auf Grund dieser Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.

21.6 Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, müssen die ärztlichen Nachweise zum Eintritt oder zum Fortbestehen eines Leistungsfalls von einem innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arzt erstellt werden, sofern wir nicht anlässlich einer Leistungsprüfung oder der weiteren Nachprüfung im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen.

21.7 Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchssteller zu tragen.

22 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

22.1 Eine Minderung oder ein Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.

22.2 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 der unter Ziffer 1.3 genannten Reaktivierungsfrist. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Ziffer 21.3 bis 21.6 gelten entsprechend.

22.3 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.

22.4 Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.

22.5 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.

23 Folgen bei Verletzung von Pflichten

Solange eine Mitwirkungspflicht nach Ziffer 21 und 22 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 dann 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.

24 Dynamisierung der Rentenleistung

24.1 Erhöhung von Rente und Beitrag

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Rente vereinbart haben, erhöhen wir die monatliche Rente 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 monatliche Rente auf volle Euro aufgerundet. Die erhöhte Rente 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 in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) 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 in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Ohne dass es einer Kündigung durch uns bedarf, endet diese Erhöhung der Rente 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.

25 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

In Ergänzung zu Ziffer 17 AUB 2023 werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen, uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen und uns zugegangen sind.