

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für UnfallSchutz Komfort / Handwerk Komfort (MV-AUB Komfort 2024)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (MV-AUB Komfort 2024) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

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

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

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

Ihre Münchener Verein 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

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für UnfallSchutz Komfort / Handwerk Komfort (MV-AUB Komfort 2024)	1
Der Versicherungsumfang	5
1 Was ist versichert?	5
1.1 Grundsatz	5
1.2 Geltungsbereich	5
1.3 Unfallbegriff	5
1.4 Erweiterter Unfallbegriff	5
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	9
Wählbare Leistungsarten	9
2.1 Invaliditätsleistung	9
2.2 Unfallrente	12
2.3 Übergangsleistungen	13
2.4 Tagegeld	13
2.5 Krankenhaustagegeld	14
2.6 Todesfallleistung	15
Generelle Leistungsarten	16
2.7 Kosten für kosmetische Operationen	16
2.8 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze	16
2.9 Absicherung von unfallbedingten Aufwendungen - Heilverfahrensbegleitung	17
2.10 Sofortleistung bei Schwerverletzten	18
2.11 Rooming-In Leistung	19
2.12 Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern	19
2.13 Kosten für Nachhilfeunterricht	20
2.14 Kur- und Reha-Tagegeld	20
2.15 Gesundheitsleistungen	20
2.16 Vorsorgeversicherung	20
2.17 Sofortleistung/Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims	21
2.18 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen	21
2.19 GDV-Mindeststandards und Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“	22
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	22
3.1 Krankheiten und Gebrechen	22
3.2 Mitwirkung	22
4 Welche Personen sind nicht versicherbar?	22
4.1 Pflegebedürftigkeit	22
4.2 Nicht versicherbare Krankheiten	23
5 Was ist nicht versichert?	23
5.1 Ausgeschlossene Unfälle	23
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	24

6	Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und Erwachsenen-Tarif bei Altersanpassungen, Tarifierpassungen und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	25
6.1	Altersanpassung	25
6.2	Tarifierpassung	27
6.3	Dynamikanpassung	27
6.4	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	27
	Der Leistungsfall	28
7	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	28
7.1	Arzt.....	28
7.2	Angaben.....	28
7.3	Beauftragungen	28
7.4	Auskünfte	28
7.5	Anzeige bei Tod	28
8	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?.....	29
9	Wann sind die Leistungen fällig?.....	29
9.1	Erklärung über die Leistungspflicht.....	29
9.2	Fälligkeit der Leistung	29
9.3	Vorschüsse	29
9.4	Neubemessung des Invaliditätsgrads.....	30
	Die Vertragsdauer	30
10	Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	30
10.1	Beginn des Versicherungsschutzes	30
10.2	Dauer und Ende des Vertrags	30
10.3	Kündigung nach Versicherungsfall	30
10.4	Versicherungsjahr	31
	Der Versicherungsbeitrag	31
11	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	31
11.1	Beitrag und Versicherungsteuer	31
11.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung (Erstbeitrag).....	31
11.3	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung (Folgebeitrag)	32
11.4	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat.....	32
11.5	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	32
11.6	Beitragsbefreiung der Versicherung von Kindern und Ehepartnern bei Tod des Versicherungsnehmers.....	32
11.7	Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	33
11.8	Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit	33
	Weitere Bestimmungen	34
12	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	34
12.1	Fremdversicherung	34
12.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	34
13	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	34
13.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht	34
13.2	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	34

13.3	Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte.....	35
13.4	Anfechtung.....	35
13.5	Erweiterung des Versicherungsschutzes	35
14	Nicht belegt	36
15	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	36
15.1	Gesetzliche Verjährung	36
15.2	Aussetzung der Verjährung	36
16	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	36
16.1	Ihre Beschwerdemöglichkeiten.....	36
16.2	Zuständige Gerichte	37
17	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	37
17.1	Anzeigen und Erklärungen	37
17.2	Änderungen Ihrer Anschrift.....	37
18	Welches Recht findet Anwendung?	37
19	Sanktionsklausel	38

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

Nachfolgend werden Erweiterungen zum Unfallbegriff und Versicherungsschutz geregelt. Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkte Leistungen erbringen.

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

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.

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

Ergänzend besteht auch Versicherungsschutz für:

- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen,

auch ohne dass ein Unfallereignis eingetreten sein muss.

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 Vergiftungen

In Abänderung zu Ziffer 5.2.5 MV-AUB Komfort 2024, gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

- Vergiftungen infolge unfreiwilliger Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre), z.B. durch Alkohol
- Nahrungsmittelvergiftungen
- Pflanzenvergiftungen, die durch das Berühren, Schlucken, Kauen und/oder Ausspucken von Pflanzen oder Pflanzenteilen hervorgerufen werden, wenn deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war,
- Vergiftungen durch Einatmung schädlicher Stoffe, – wenn die versicherte Person plötzlich ausströmenden Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken oder Säuren etc. durch unabwendbare Umstände bis zu 7 Tage lang ausgesetzt ist,

unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

1.4.6 Strahlen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von Strahleneinwirkungen, auch Laser-, Röntgen-, Maser-, ultraviolette (UV)- und Wärmestralen unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4.7 Druckwellen und sonstige Einwirkungen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von

- Explosions-, Schall- oder sonstigen Druckwellen (z.B. Knalltrauma),
- mechanischer (z.B. Sturz), chemischer (z.B. Verätzung) oder elektrischer (z.B. Stromschlag) Einwirkung unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4.8 Bewusstseinsstörungen

In Abänderung zu Ziffer 5.1.1 MV-AUB Komfort 2024 besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn

- a) die Bewusstseinsstörungen alkoholbedingt auf einer Blutalkoholkonzentration zum Unfallzeitpunkt von bis zu 1,1 Promille beim Führen von Kraftfahrzeugen, von bis zu 1,6 Promille beim Radfahren und bei allen anderen Unfällen von bis zu 2,0 Promille beruht.
- b) die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde; die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.
- c) die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente hervorgerufen wird. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Medikamente entsprechend den Anweisungen des Arztes eingenommen wurden.
- d) der Unfall durch einen epileptischen Anfall oder anderen Krampfanfall, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, hervorgerufen wird.
- e) die Bewusstseinsstörung oder der Anfall durch ein unter diesem Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurde.

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.

1.4.9 Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

In Abänderung zu Ziffer 5.1.3 MV-AUB Komfort 2024 sind Unfälle versichert, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, sofern die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Dies gilt jedoch nicht:

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

In diesen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Weiterhin versichert sind Unfallfolgen durch:

- Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien verübt werden,
- gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- Unfälle durch Schlägereien, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Schlägereien verwickelt war.

1.4.10 Luftfahrt- und Luftsportrisiko

In Abänderung zu Ziffer 5.1.4 MV-AUB Komfort 2024 gilt der vereinbarte Versicherungsschutz, wenn Sie oder die versicherte Person als Passagier in einem Luftfahrzeug (Flugzeug) oder als Fluggast in einem Luftsportgerät von einem Unfall betroffen sind, wie z.B. bei einer Mitfahrt im Heißluftballon, als Passagier bei einem Segel-u./oder Motor-Rundflug oder als Passagier bei einem Tandem-Fallschirmsprung.

Dem Flugschüler in der Ausbildung zur Führung eines Luftfahrzeugs gewähren wir ebenfalls den vereinbarten Versicherungsschutz, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Lizenz zum Fliegen erforderlich ist.

Es besteht Versicherungsschutz für Ärzte oder medizinisches Personal während ihrer beruflichen Tätigkeit an Bord von Flugzeugen bzw. Hubschraubern, solange sie das Fluggerät nicht selbst steuern.

1.4.11 Fahrtveranstaltungen

In Abänderung zu Ziffer 5.1.5 MV-AUB Komfort 2024 gilt der vereinbarte Versicherungsschutz, wenn Sie oder die versicherte Person bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (das sind z. B. Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten) teilnehmen, besteht Versicherungsschutz als Fahrer, Beifahrer oder Insasse.

Ebenso sind Unfälle versichert, die der versicherten Person als Fahrer bei lizenzfreien Motorsportveranstaltungen passieren, soweit diese Fahrten Freizeitcharakter aufweisen und nicht von Verbänden organisiert, keiner Kart-Serie angehören oder nicht dem Kartsport zuzurechnen sind.

Zu den versicherten Veranstaltungen gehören auch solche, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeugs im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings).

Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter oder die zur Erlangung einer Rennlizenz absolviert werden, besteht gemäß Ziffer 5.1.5 MV-AUB Komfort 2024 kein Versicherungsschutz.

1.4.12 Infektionen

Die versicherte Person infiziert sich:

- a) mit 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.
- b) unabhängig vom Übertragungsweg (auch abweichend von 1.4.12 a) und Ziffer 5.2.4) besteht Versicherungsschutz bei einer Infektion durch einen Erreger (z.B. auch durch Tierbisse oder Insektenstiche) von
 - Borreliose
 - Brucellose
 - Cholera
 - Diphtherie
 - Dreitagefieber
 - Echinokokkose
 - Gürtelrose/Windpocken
 - Kinderlähmung (Poliomyelitis,
 - Fleckfieber

- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
- Gelbfieber
- Keuchhusten
- Lepra
- Malaria
- Masern
- Mumps
- Pest
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Pocken
- Röteln
- Scharlach
- Schlaf-/Tsetsekrankheit
- Tollwut
- Tuberkulose
- Tularämie (Hasenpest)
- Typhus und Paratyphus
- Wundstarrkrampf (Tetanus).

Als Unfallereignis gelten auch:

- c) Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen. Erleidet die versicherte Person nach einer erfolgten Schutzimpfung eine Gesundheitsschädigung (Impfschaden), gilt diese ebenfalls als Unfall. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- d) Wundinfektionen und Blutvergiftungen infolge eines Unfallereignisses.
- e) Sonstige Infektionen durch geringfügige Haut- und Schleimhautinfektionen, einschließlich allergischer Reaktionen, die vorher nicht medizinisch festgestellt oder bekannt waren, wenn uns das ursprüngliche Ereignis innerhalb von 4 Wochen angezeigt wird.
- f) Abweichend von 2.1.1.2 MV-AUB Komfort 2024 beginnt die dort genannte Frist bei den Fällen a) bis e) nicht mit dem Unfall, sondern erst mit der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.
- g) Der Versicherungsschutz nach Absatz b) und c) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand.

1.4.13 Psychische Erkrankung durch Unfall

In Abänderung zu Ziffer 5.2.6 MV-AUB Komfort 2024 gilt:

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird Versicherungsschutz gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

1.4.14 Eigenbewegungen

Ergänzend zu Ziffer 1.4 MV-AUB Komfort 2024 gelten als Unfall auch, durch Eigenbewegungen oder erhöhte Kraftanstrengungen verursachte

- Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche (z.B. Schenkelhalsfraktur und Armbruch),
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
- Verrenkungen eines Gelenks,
- Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

1.4.15 Fahren von Land- und Wasserfahrzeugen ohne Führerschein (bis 14. Lebensjahr)

Abweichend von Ziffer 5.1.2 MV-AUB Komfort 2024 sind Unfälle bei der Benutzung von Land- oder Wasserfahrzeugen mitversichert, wenn die versicherte Person keinen Führerschein hat und das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist. Voraussetzung ist, dass der Zugriff auf das Fahrzeug ohne weitere Straftat möglich war.

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.

Wählbare Leistungsarten

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 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und muss
- innerhalb einer Frist von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden sein.

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

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

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

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

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung. Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingte 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 3. 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	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75%
Hand	70%
Daumen	30%
Zeigefinger	20%
Anderer Finger	12%
Für sämtliche Finger max.	75%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75%
Bein bis unterhalb des Knies	65%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	65%
Fuß	55%
Große Zehe	15%
Andere Zehe	5%
Auge	60%
sofern ein Auge vor Eintritt des Unfallereignisses verloren war	75%
Gehör auf einem Ohr	40%
sofern ein Ohr vor Eintritt des Unfallereignisses verloren war	65%
Geruchssinn	20%
Geschmackssinn	20%
Stimmverlust	100%
Niere	20%
Beide Nieren	100%
sofern eine Niere bereits vor Eintritt des Unfallereignisses verloren war	80%
Milz	15%
Milz bei Kindern unter 14 Jahren	50%
Gallenblase	15%
Magen	20%
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm jeweils	20%
Lungenflügel	40%

Für die inneren Organe Niere und Milz können Sie anstelle der hier genannten Invaliditätsgrade eine Bemessung nach Ziffer 2.1.2.2.2 bis 2.1.2.2.4 MV-AUB Komfort 2024 verlangen.

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 MV-AUB Komfort 2024 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 1. Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 MV-AUB Komfort 2024 sind erfüllt.

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

2.1.2.4 Helmklausel

Ergänzend zu Ziffer 2.1 MV-AUB Komfort 2024 wird bei nachfolgend genannten sportlichen Aktivitäten

- Skifahren
- Skaten, Inlinern
- Reiten
- Fahrradfahren inkl. Downhill- und Mountainbike fahren
- Kitesurfen
- Kanufahren
- Rafting und Canyoning

bei unfallbedingten Kopfverletzungen, eine um 10% höhere Invaliditätsleistung erbracht, wenn zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein geeigneter bzw. geprüfter Helm getragen wurde.

2.1.2.5 Erweiterung für ehrenamtliche Einsatzkräfte

In Erweiterung zu Ziffer 2.1.2.4 MV-AUB Komfort 2024 gilt die erhöhte Invaliditätsleistung auch für ehrenamtliche Einsatzkräfte von Feuerwehr, medizinischem Rettungsdienst (z.B. DRK, Malteser, Johanniter), Zivil- und Katastrophenschutz (z.B. THW) vereinbart, wenn bei ehrenamtlichen Einsätzen und Übungsveranstaltungen, ein als Einsatzkleidung vorgesehener geprüfter Helm getragen wird.

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 MV-AUB Komfort 2024. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität gilt Ziffer 2.1.2.3 MV-AUB Komfort 2024.

Die Besondere Gliedertaxe gemäß Ziffer 2.1.2.2.1 MV-AUB Komfort 2024 und vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades und die Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.2.1.1 Gliedertaxe für die Unfallrente

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	65%
Hand	55%
Daumen	20%
Zeigefinger	10%
Anderer Finger	8%
Für sämtliche Finger max.	60%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	65%
Bein bis unterhalb des Knies	55%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	50%
Fuß	45%
Große Zehe	5%
Andere Zehe	2%
Auge	50%
sofern ein Auge vor Eintritt des Unfallereignisses verloren war	60%
Gehör auf einem Ohr	30%
sofern ein Ohr vor Eintritt des Unfallereignisses verloren war	50%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	10%

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

Wir zahlen die Unfallrente

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

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

2.3 Übergangsleistungen

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 50% in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

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

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Bei Folgenden schweren Verletzungen wird die vereinbarte Versicherungsleistung für Übergangsleistungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- c) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30% der Hautoberfläche
- d) Erblindung auf beiden Augen
- e) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma nachfolgend genannter Art:
 - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober- /Unterarm nicht jedoch Speiche und Elle desselben Armes, Ober- /Unterschenkel nicht jedoch Schien und Wadenbein des gleichen Beines) oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - gewebezerstörende Schäden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Nieren

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100% zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50% zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls. Über das 1. Unfalljahr hinaus wird gezahlt, wenn sich die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch in stationärer Behandlung befindet. Das Tagegeld wird für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthalts sowie für längstens 14 Tage danach gezahlt.

Der Anspruch auf Zahlung des Tagegeldes entfällt mit Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

2.5 Krankenhaustagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Es besteht kein Versicherungsschutz für stationäre Aufenthalte, bei denen nicht die akute Heilbehandlung im Vordergrund steht, sondern die medizinische Rehabilitation.

oder

- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h. es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden).

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

2.5.1.1 Aufenthalt in „gemischten Instituten“

In Erweiterung zu Ziffer 2.5.1 wird das Krankenhaustagegeld auch gezahlt:

- wenn die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient,
- wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Klinik das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten ist.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 750 Tage innerhalb von 7 Jahren ab dem Tag des Unfalls.
- für 3 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.5.3 Genesungsgeld (erhöhtes Krankenhaustagegeld)

Zusätzlich zahlen wir Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen und in gleicher Höhe, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 750 Tage.

Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären oder ambulanten chirurgischen Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.5. Ergänzend zu Ziffer 2.5.2 bleibt der Anspruch auf Genesungsgeld auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthalts an den Unfallfolgen verstirbt.

2.5.4 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt, so wird für die Zeit dieses Zustands ab dem 8. Tag, maximal 6 Wochen, als zusätzliche Leistung ein Komageld in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes geleistet.

2.5.5 Schmerzensgeld bei Knochenbruch

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall den Bruch eines Knochens (vollständige Fraktur) und hat die Verletzung keine vollstationäre Heilbehandlung zur Folge, so leisten wir ein einmaliges Schmerzensgeld von 200 Euro, sofern Krankenhaustagegeld versichert ist. Ausgeschlossen bleiben Brüche an Zehen und Fingern, Haarrisse und Fissuren.

2.5.6 Auslandskrankenhaustagegeld

Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthalts in dem betreffenden Land, höchstens für 4 Wochen, den doppelten Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall und es ist keine Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 eingetreten.

Bis zu einem Betrag von 10.000 Euro werden die Ausschlussbestimmungen von Ziffer 5.1.1 nicht angewandt. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.1.1 Regelung bei Verschollenheit

Ergänzend gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach:

- § 5 (Schiffsunglück),
- § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder
- § 7 (sonstige Lebensgefahr)

des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.6.2.1 Doppelte Todesfalleistung

Werden beide Elternteile durch ein Unfallereignis getötet und hat mindestens ein bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppeln sich die Versicherungssummen der Eltern, höchstens jedoch auf 30.000 Euro. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

2.6.2.2 Todesfall auf Reisen

Bei einem Unfall mit Todesfolge organisieren wir die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz und erstatten die dafür entstehenden Kosten. Ereignete sich der Unfall im Ausland, sorgen wir – nach Abstimmung mit den Angehörigen – für die Bestattung im Ausland oder die Überführung nach Deutschland und übernehmen die dafür entstehenden Kosten.

2.6.2.3 Mehrleistung bei Organspendeausweis

Erleidet die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages einen Unfall mit Todesfolge erhöht sich eine vereinbarte Todesfallsumme um 10%, max. 5.000 Euro, sofern für die verstorbene versicherte Person ein gültiger Organspendeausweis vorliegt.

Generelle Leistungsarten

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben. Soweit Zähne betroffen sind, gehören alle natürlichen Zähne (dazu zählen auch Inlays und Kronen) zum äußeren Erscheinungsbild. Künstliche Zähne sind kein Teil des Körpers, sondern Hilfsmittel und als solche nicht versichert.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

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

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

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

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme von insgesamt 40.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfall-Versicherungsverträge beim Münchener Verein kann die Leistung nur aus einem Vertrag verlangt werden.

2.8 Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten (dabei steht einem Unfall gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war) oder
- für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder
- für den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren oder
- für die zusätzliche Heimfahrt oder Unterbringung bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person entstanden.

Bei einem Krankenhausaufenthalt, der voraussichtlich mindestens 14 Tage dauert, erstatten wir die Mehraufwendungen für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz oder zu einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus abweichend vom zweiten Spiegelpunkt auch ohne medizinische Notwendigkeit.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

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

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme von insgesamt 40.000 Euro. Bei medizinisch notwendiger und ärztlich angeordneter Flugrückholung aus dem Ausland erstatten wir nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten bis maximal 30.000 Euro.

Ist nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernimmt der Versicherer neben den Mehrkosten für die Heimreise die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten, im Rahmen der Entschädigungsgrenzen, bis zu 300 Euro.

Therapiekosten einer Druckkammerbehandlung werden zusätzlich bis maximal 40.000 Euro übernommen.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungsverträge beim Münchener Verein kann die Leistung nur aus einem Vertrag verlangt werden.

2.8.2.1 Mehrkosten der mitreisenden Personen

Wir ersetzen bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder, den Ehepartner oder den in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft bis zur Gesamtleistungshöhe von Ziffer 2.8.2 (maximal 30.000 Euro.).

Neben den Mehrkosten für die Heimreise und Übernachtung übernimmt der Versicherer zusätzlich auch die Verpflegungskosten bis zu 300 Euro pro Person.

Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Personen werden die entstehenden Kosten für die Begleitperson getragen.

2.8.3 Klärung mit behandelndem Arzt im Ausland

In Ergänzung zu Ziffer 2.8 setzen wir uns bei einem ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland mit dem behandelnden Arzt in Verbindung, klären die Verletzungsfolgen, die beabsichtigte Behandlung sowie den erhofften Heilungsverlauf ab und informieren Sie.

2.8.4 Zusendung von Ersatzpräparaten und Hilfsmitteln ins Ausland

Sind für die Behandlung von Unfallfolgen notwendige Geräte sowie Ersatzpräparate- und Hilfsmittel vor Ort im Ausland nicht erhältlich, sorgen wir für die Zusendung und übernehmen die entstehenden Versandkosten sowie die Kosten der Abholung beim Zoll. Die Kosten für Ersatzpräparate und Hilfsmittel selbst werden von uns jedoch nicht übernommen.

2.9 Absicherung von unfallbedingten Aufwendungen - Heilverfahrensbegleitung

Mitversichert ist die Erstattung von Aufwendungen, die unfallbedingt entstanden sind und nicht von einem anderen Leistungsträger oder im Rahmen der Unfallversicherung und der Assistance-Leistungen des MV-Assistance-Bausteins abgesichert sind.

Über unser Service-Telefon informieren wir über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem erstbehandelnden Arzt, alternativ dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

Nach einem Unfall erbringt der MV Assistance- und Rehabilitationsleistungen durch qualifizierte Dienstleister. Die Assistance- und Rehabilitationsleistungen erbringen unsere Dienstleister ausschließlich in Deutschland.

2.9.1 Beratungskosten und Genesungsleistungen

Der Versicherer erbringt Leistungen gemäß Ziffer 2.9.3 bei:

- a) Unfällen ohne stationären Aufenthalt und ohne stationärer Operation steht eine Einmalleistung von 200 Euro zur Verfügung.
- b) Unfällen mit ambulanter Operation im Krankenhaus oder eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit max. 3 Tagen stationärem Aufenthalt stehen als Einmalleistung 500 Euro zur Verfügung.

3360709 / 00 (05.25)

- c) Unfällen mit stationärem Aufenthalt länger als 3 Tage und stationärer Operation steht eine Einmalleistung von 1.000 Euro zur Verfügung.

2.9.2 Vorauszahlungen

Leistungen die der Genesung und Minderung der Dauerfolgen dienen, aber später von einem anderen Leistungsträger geleistet werden, werden im Rahmen einer Vorauszahlung übernommen, wenn durch die verspätete Zusage des Leistungsträgers eine Verzögerung des Heilungsprozesses zu erwarten ist.

Die Leistungen des anderen Leistungsträgers sind nach Zahlung an den Münchener Verein weiter zu leiten.

Erhält der Versicherte Versicherungsschutz von einem gesetzlichen Versicherer, so gilt der Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bedingungen erst im Anschluss an die bestehende gesetzliche Versicherung (Subsidiärdeckung).

2.9.3 Absicherung von unfallbedingten Zusatzkosten und Genesungsleistungen

Versichert sind:

- Kosten die für die Genesung und Behandlung aufgewendet wurden.
- Kosten die der Minderung der unfallbedingten Dauerfolgen dienen.
- Kosten für Hilfsmittel u. Dienstleistung die unfallbedingt angefallen sind.

2.9.4 Leistungsdauer

Die Leistungen werden erbracht:

- bis zur Genesung,
- bis zum Abschluss der Reha-Maßnahmen, max. 3 Jahre nach dem Unfallereignis,
- bei Assistance-Leistungen bis zu max. 9 Monaten nach dem Unfallereignis und
- maximal bis der versicherte Betrag aufgebraucht ist.

2.9.5 Leistungshöhe

Die Leistung ist limitiert auf einen Betrag in Höhe von:

- Bei Unfällen gemäß Ziffer 2.9.1 a) = 5.000 Euro
- Bei Unfällen gemäß Ziffer 2.9.1 b) = 10.000 Euro
- Bei Unfällen gemäß Ziffer 2.9.1 c) = 20.000 Euro

Die Leistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 angerechnet.

2.9.6 Erstattungsablauf

Den durch den Unfall entstandenen konkreten Bedarf an Assistance- und Rehabilitationsleistungen ermitteln unsere Dienstleister entsprechend der individuellen Situation der versicherten Person:

- Bei einem Unfall wird dem Geschädigten ein Reha-Berater zur Seite gestellt, der in Abstimmung mit dem Auftraggeber eine Bedarfsermittlung vornimmt und den Genesungsverlauf begleitet.
- Die versicherte Person und/oder der Reha-Berater erkennen einen Bedarf. Wenn beide der Auffassung sind, dass der Bedarf der Ziffer 2.9.3 zuzuordnen ist, erfolgt die Freigabe durch den Reha-Berater. Belege sind nach Rechnungserhalt einzureichen.
- Die Einmal-Leistungen gemäß Ziffer 2.9.1 sind vom Versicherer beleglos zu erbringen.

2.9.7 Begrenzungen

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfall-Versicherungsverträge beim Münchener Verein kann die Leistung nur aus einem Vertrag verlangt werden. Haben Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt, schränken wir unsere Assistance- und Rehabilitationsleistungen nicht ein.

2.10 Sofortleistung bei Schwerverletzten

2.10.1 Voraussetzung für die Leistung

Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen, zahlen wir einmalig und unabhängig von Ziffer 9.3 eine Leistung von 10% der Invaliditätssumme, maximal 10.000 Euro:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) 2. oder 3. Grades,
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30% der Hautoberfläche.
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5% Rest-Sehschärfe beider Augen),
- schwere Mehrfachverletzung (Polytrauma),
- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober- / Unterarm nicht jedoch Speiche und Elle desselben Armes, Ober- / Unterschenkel nicht jedoch Schien und Wadenbein des gleichen Beines),
- gewebeerstörende Schäden an 2 inneren Organen,
- Kombination aus mindestens 2 der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens,
 - Fraktur des Beckens,
 - Fraktur der Wirbelsäule,
 - gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führte. Wird dem Versicherer das unfallbedingte Vorliegen einer der vorgenannten schweren Verletzungen innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfallereignis und in Textform mit einer ärztlichen Bescheinigung über Art und Schwere der Verletzung angezeigt, wird geleistet. Die Sofortleistung wird auf einen etwaigen Invaliditätsanspruch nach Ziffer 2.1 angerechnet.

2.10.2 Rückforderungsverzicht

Sollte die sich endgültig ergebende Invaliditätsleistung geringer ausfallen, als die von uns ausgezahlte Leistung gemäß Ziffer 2.9 und Ziffer 2.10, fordern wir die entsprechende Differenz nicht von Ihnen zurück.

Ergibt sich tatsächlich kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung, fordern wir die von uns ausgezahlte Leistung gemäß Ziffer 2.9 und Ziffer 2.10 ebenfalls nicht von Ihnen zurück.

2.11 Rooming-In Leistung

Befindet sich das versicherte Kind (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) nach einem Unfallereignis (gemäß Ziffer 1.3) in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird für maximal 50 Übernachtungen ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 50 Euro je Tag gezahlt.

Sofern keine Übernachtung erforderlich oder möglich ist, übernehmen wir für versicherte Elternteile die Fahrtkosten bis zu einer Höhe von 200 Euro.

Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Unfallversicherungsverträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

2.12 Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern

Wir übernehmen nachgewiesene Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern, wenn

- sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende Person wegen eines Unfalles, der unter diesen Vertrag fällt, verstorben ist oder
- sich in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet,
- im Haushalt der verunfallten Person mindestens ein im Verhältnis zum Versicherten unterhaltsberechtigtes Kind unter 14 Jahren zu versorgen ist,
- und eine entsprechende Leistung von anderer Seite nicht erlangt worden ist.

Die Kostenübernahme erfolgt bis zu 50 Euro je Tag des vollstationären Aufenthaltes, höchstens für 100 Tage oder insgesamt 5.000 Euro je Unfallereignis.

Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für eine Haushaltshilfe/Kinderbetreuung/Tageseltern nur aus einem dieser Verträge verlangt werden; gleiches gilt bei versicherten Ehegatten oder dem in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

2.13 Kosten für Nachhilfeunterricht

Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalls nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht bis zu 20 Euro pro ausgefallenen Schultag. Die Kosten werden auch zusätzlich zu einer Krankenhaus-Tagegeldleistung erstattet. Die Kostenerstattung ist insgesamt auf 1.500 Euro begrenzt. Die Kosten für Nachhilfeunterricht übernehmen wir für mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.

2.14 Kur- und Reha-Tagegeld

Wir zahlen entsprechend den nachfolgenden Regelungen ein Kur- und Reha-Tagegeld.

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung
- innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen eine medizinisch notwendige stationäre Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.14.2 Höhe der Leistung

Das Kur- oder Reha-Tagegeld beträgt 20 Euro täglich und wird einmalig für längstens 150 Tage innerhalb des oben genannten Zeitraumes gewährt. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kur- oder Rehaleistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.15 Gesundheitsleistungen

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person hat nach einem, unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 Anspruch auf nachfolgende Leistungen.

2.15.2 Sehhilfen

Für die bei einem Unfall gemäß Ziffer 1.3 beschädigte Brille bzw. die beschädigten Kontaktlinsen der versicherten Person übernehmen wir zusätzlich zu Ziffer 2.15.3 die Kosten der Reparatur oder der Ersatzbeschaffung einmalig bis zu einer Höhe von 250 Euro, sofern die Leistung nicht durch eine private oder gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird.

2.15.3 Krankenversicherungs-Selbstbehalt

Fällt für die versicherte Person aufgrund eines Unfalls gemäß Ziffer 1.3 für unfallbedingte Behandlungen oder aufgrund einer unfallbedingten ärztlichen Verordnung für Heil- und Hilfsmittel ein Eigenanteil bzw. Selbstbehalt im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Krankheitskostenversicherung an, übernehmen wir diesen im ersten Unfalljahr bis zu einer Höhe von 1.000 Euro.

2.16 Vorsorgeversicherung

2.16.1 Vorsorgeversicherung für Kinder

Während der Vertragsdauer geborene Kinder sowie adoptierte Kinder (unter 14 Jahren) des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt bzw. der Adoption für ein Jahr mit 50.000 Euro (Grundinvalidität ohne Progression) für den Invaliditätsfall beitragsfrei mitversichert.

Wird das Kind innerhalb dieses Zeitraums beitragspflichtig mit in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Invaliditätsschutz bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres zusätzlich.

Bestehen für die versicherte Person bei der Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen mit Einschluss der Familienvorsorgeversicherung, können die Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.16.2 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung/eingetragener Lebenspartnerschaft

Bei Heirat oder Schließung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft während der Vertragslaufzeit ist der Ehegatte/der eingetragene Lebenspartner bis zu 12 Monate mit 25.000 Euro (Grundinvalidität ohne Progression) für den Invaliditätsfall beitragsfrei mitversichert.

Dies gilt nur dann, wenn für den Ehegatten/den eingetragenen Lebenspartner noch keine Unfallversicherung besteht.

2.17 Sofortleistung/Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims

Ergänzend gewähren wir eine zusätzliche Sofortleistung bei Schwerverletzungen gemäß Ziffer 2.10, wenn der Versicherungsnehmer während der Gültigkeit des Vertrags ein selbst genutztes Wohneigentum erstmalig erwirbt oder baut.

2.17.1 Beginn, Ende und Höhe der Leistungen

Der Versicherungsschutz beginnt:

- mit dem Erwerb des Eigenheims oder
- mit Beginn der Bauarbeiten, wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war.

Im Schadenfall müssen der Baubeginn bzw. der Erwerb des Eigenheims nachgewiesen werden. Die beitragsfreie Sofortleistung beträgt für den Versicherungsnehmer und Ehepartner bzw. dem in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft (jeweils soweit im Rahmen des Vertrages versichert) je Person:

- 20.000 Euro im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 15.000 Euro im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 10.000 Euro im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 7.500 Euro im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn
- 5.000 Euro im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn

Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine:

- mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn,
- mit Veräußerung des Eigenheims,
- mit Beendigung der Unfallversicherung.

Bestehen für die versicherte Person bei der Münchener Verein Allgemeine Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen mit Einschluss der Vorsorgeversicherung, können die Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.18 Leistungs-Update-Garantie für künftige Leistungsverbesserungen

Werden dem von Ihnen gewählten Produkt des Münchener Vereins (z.B. UnfallSchutz Komfort) zukünftig Unfall-Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt, die ausschließlich zu Ihrem Vorteil abweichen, so gelten die verbesserten Inhalte der neuen Bedingungen auch für diesen Vertrag.

Weichen unsere Versicherungsbedingungen zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den GDV Mindeststandards ab, werden wir uns nicht darauf berufen. Bei der Regulierung werden wir die für den Versicherungsnehmer günstigeren Bedingungen anwenden.

Voraussetzung für die Bedingungsverbesserung ist, dass die verbesserten Bedingungen ohne Mehrbeitrag bei künftigen Versicherungsverträgen des gleichen Produkts mitversichert sind. Die Verbesserung wird mit Einführung neuer Bedingungen auch für diesen Vertrag sofort wirksam.

3360709 / 00 (05.25)

2.19 GDV-Mindeststandards und Mindestanforderungen des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechterstellen als die von dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV – www.gdv.de) empfohlenen Leistungsinhalte (GDV-Empfehlung auf Basis der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen vom Dezember 2020). Darüber hinaus garantieren wir Ihnen, dass unsere Leistungsinhalte die Mindeststandards der Empfehlung des Arbeitskreises „Beratungsprozesse“ in der Version vom 28.09.2015 voll erfüllen (www.beratungsprozesse.de).

Werden die genannten Mindeststandards gemäß GDV und Arbeitskreis „Beratungsprozesse“ nach Abschluss des Versicherungsvertrags erneuert, so erstreckt sich unsere Garantie nicht automatisch auch auf diese Neuerungen. Zu deren Einbeziehung ist eine Änderung bzw. Aktualisierung des Vertrages erforderlich.

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 Mitwirkungsanteil

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 80% mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 2%.

3.2.2 Begrenzung des Mitwirkungsanteils

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

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Pflegebedürftigkeit

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige mit dem Pflegegrad 3 bis 5 gemäß dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II). Der jeweilige Pflegegrad ist von Ihnen mit dem Pflegebescheid nachzuweisen. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Satz 1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

Der für dauernd pflegebedürftige Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

4.2 Nicht versicherbare Krankheiten

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert, sind Personen die wegen folgender Krankheiten in ärztlicher Behandlung sind oder waren:

- Diabetes Mellitus mit einem HbA1c-Wert ab 8%
- Demenz
- Parkinson
- Apoplex (Schlaganfall)
- Osteoporose (T-Wert < -2,5; keine Osteopenie)
- Morbus Paget
- Multiple Sklerose
- Glasknochenkrankheit (Osteogenesis imperfecta)
- Hämophilie (Bluterkrankheit)
- Autismus
- Schizophrenie
- Epilepsie
- Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit sowie Rauschgiftsucht

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung für die versicherte Person.

Der für die versicherte Person seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Sofern keine anderslautenden Regelungen in den MV-AUB Komfort 2024 genannt sind, gilt kein Versicherungsschutz für folgende Unfälle:

5.1.1 Ausschluss bei Bewusstseinsstörungen

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. Ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschäden, die durch den Diabetes selbst verursacht wurden.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Beispiele: Die versicherte Person:

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

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

5.1.2 Ausschluss bei Straftaten

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

5.1.3 Ausschluss bei Krieg und Bürgerkrieg

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

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

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Ausschluss bei Luftfahrt und Luftsportgeräte

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 Ausschluss bei Motorsportrennen

Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Kraftfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Kraftfahrzeugs.

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

5.1.6 Ausschluss bei Kernenergie

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Ausschluss Gesundheitsschäden bei Bandscheiben

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 Ausschluss Gesundheitsschäden durch Strahlen

Bei Gesundheitsschäden durch Strahlen besteht kein Versicherungsschutz.

5.2.3 Ausschluss Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper

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 versicherten Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen

5.2.4 Ausschluss Gesundheitsschäden durch Infektionen

Bei Gesundheitsschäden durch Infektionen besteht kein Versicherungsschutz.

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 einen Zeckenstich mit FSME,
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Wenn die versicherte Person sich dadurch infiziert, dass sie angehustet oder angeniest wird, besteht kein Versicherungsschutz.

5.2.5 Ausschluss Gesundheitsschäden durch Vergiftungen

Bei Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre) besteht kein Versicherungsschutz.

5.2.6 Ausschluss Krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen

Bei krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden, besteht kein Versicherungsschutz.

Beispiele:

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

5.2.7 Ausschluss Bauch- oder Unterleibsbrüche

Bei Gesundheitsschäden durch Bauch- und Unterleibsbrüche besteht kein Versicherungsschutz.

6 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und Erwachsenen-Tarif bei Altersanpassungen, Tarifier Anpassungen und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Altersanpassung

6.1.1 Risikoadäquate Anpassungen

Der bei Vertragsbeginn entsprechend dem Alter der versicherten Person ermittelte Beitrag wird während der Vertragslaufzeit in folgenden Altersgruppen jährlich zur Hauptfälligkeit des Vertrages angepasst:

- Erwachsene in Berufsgruppe A, B und M ab 45 Jahre bis einschließlich 49 Jahre um 2,5%,
- Erwachsene in Berufsgruppe A, B und M ab 50 Jahre bis einschließlich 66 Jahre um 5%.

Die risikoadäquate Anpassung erfolgt für die Leistungen Invalidität, Unfallrente, Todesfallleistung sowie Krankenhaustagegeld mit/ohne Genesungsgeld.

6.1.2 Wahlrecht

Gemäß Ziffer 6.1.3 kann sich der Kunde, soweit keine anderen Umstellungsregelungen gelten, statt einer Beitragserhöhung für eine entsprechende Summenreduzierung entscheiden. Das Wahlrecht gilt nicht für risikoadäquate Anpassungen gemäß Ziffer 6.1.1.

6.1.3 Altersumstellungsstufen

In der Einzel- und Familienunfallversicherung wird in einem laufenden Vertrag zu folgenden Altersstufen die Leistung und/oder der Beitrag verändert.

6.1.3.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

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.
- Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis zur Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

Sie erhalten einen neuen Versicherungsschein (Nachtrag) über die Änderungen.

6.1.3.2 Altersumstellung zum 67. Lebensjahr

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, wird der Versicherungsschutz dieser Person in die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültige Version des Seniorentarifs (S1) umgestellt.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie führen die Versicherung nach dem dann gültigen Seniorentarif weiter, oder
- Sie kündigen den Versicherungsschutz der versicherten Person in Textform zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

Bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Progressionen entfallen zum Umstellungstermin. Sollte die bis dahin vereinbarte Invaliditätsgrundsumme höher sein, wie die Höchstversicherungssumme im Seniorentarif, wird der Vertrag mit maximal den Höchstversicherungssummen nach den Bestimmungen des Seniorentarifs weitergeführt.

Sollte die bis dahin vereinbarte Todesfallsumme höher sein, wie die Höchstversicherungssumme im Seniorentarif, wird der Vertrag mit maximal den Höchstversicherungssummen nach den Bestimmungen des Seniorentarifs weitergeführt.

Vereinbarte Krankentagegeld-Leistungen entfallen ab dem o.g. Zeitpunkt. Wir werden Sie rechtzeitig über die Änderung informieren. Haben Sie bis zur Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag im Seniorentarif (S1) fort.

Sie erhalten einen neuen Versicherungsschein (Nachtrag) über die Änderungen.

6.1.3.3 Altersumstellung zum 75. Lebensjahr

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, wird der Versicherungsschutz dieser Person in die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültige Version des Seniorentarifs (S2) umgestellt.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie führen die Versicherung nach dem dann gültigen Seniorentarif weiter, oder

3360709 / 00 (05.25)

- Sie kündigen den Versicherungsschutz der versicherten Person in Textform zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet.

Wir werden Sie rechtzeitig über die Änderung informieren. Haben Sie bis zur Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag im Seniorentarif (S2) fort. Die bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarte Unfallrente entfällt zum Umstellungstermin.

Ist in Ihrem Vertrag ausschließlich als Grundrisiko die Unfallrente enthalten, erlischt der Vertrag automatisch zum Umstellungszeitpunkt.

Sie erhalten einen neuen Versicherungsschein (Nachtrag) über die Änderungen.

6.2 Tarifierpassung

Der Versicherer ist berechtigt, einmal jährlich die Tarifbeiträge für bestehende Verträge unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik zu überprüfen, um sie an die erwartete Schaden- und Kostenentwicklung anzupassen und einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.

Die Beiträge können für Teile des Gesamtbestands, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, mittels anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren getrennt ermittelt werden.

Ergibt sich aus der Überprüfung der Beiträge ein Erhöhungsbedarf von mindestens 5 %, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge bestehender Verträge um diesen Änderungssatz, höchstens um 20 %, anzupassen.

Wenn die Überprüfung eine Beitragssenkung um mindestens 5 % ergibt, ist der Versicherer zu einer entsprechenden Anpassung verpflichtet.

Beitragsanpassungen werden zur Hauptfälligkeit des Vertrags mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres vorgenommen.

Beitragssenkungen können auch ohne gesonderte Information durchgeführt werden. Beitragserhöhungen werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Erhöhung des Beitrags mitgeteilt. Er kann dann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, kündigen.

6.3 Dynamikanpassung

Der Kunde kann eine jährliche Dynamik vereinbaren (Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag). Die Dynamik kann in den Stufen 3%, 5% oder 10% vereinbart werden.

6.4 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. Einen Auszug finden Sie in den Tarifbestimmungen.

6.4.1 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns innerhalb von 7 Tagen mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z.B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

6.4.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf des ersten Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

6.4.3 Auswirkungen bei Nichtmeldung eines erhöhten Unfallrisikos

Wird der Wechsel in eine Berufstätigkeit mit höherem Unfallrisiko nicht innerhalb der o.g. Frist angezeigt, bleibt der Versicherungsschutz zwar bestehen, es erfolgt jedoch immer eine Fortführung des Vertrags mit der bisherigen Prämie bei entsprechend verminderten Versicherungssummen mit Wirkung zum Ablauf der Monatsfrist. Im Leistungsfall gelten dann automatisch die verminderten Summen.

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 Arzt

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 Angaben

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

7.3 Beauftragungen

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 Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei aktiven Selbständigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag von höchstens 1.000 Euro für alle Untersuchungen erstattet.

7.4 Auskünfte

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 Anzeige bei Tod

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden. Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Der Versicherer wird sich auch beim Überschreiten dieser Frist nicht auf eine Obliegenheitsverletzung berufen, wenn er noch – wie bei einer fristgerechten Anzeige – rechtzeitig Entscheidungen im Sinne der Obliegenheit treffen kann.

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.

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 in voller Höhe. 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.

Auch soweit keine Todesfallsumme versichert ist, zahlen wir auf Ihren Wunsch einen Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis zu 20.000 Euro, sofern keine akute Lebensgefahr besteht. Darüber hinaus sind weitere Vorschüsse gegen Abtretung einer für die zu versichernden Person bestehenden Lebensversicherung möglich.

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 bis zu 3 Jahren und uns längstens bis zu 2 Jahren nach dem Unfall zu.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von 2 auf 5 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 darauffolgenden 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 ein Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert 12 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 drei 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 (Erstbeitrag)

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 der Versicherung von Kindern und Ehepartnern bei Tod des Versicherungsnehmers

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:

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

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist. Für den Fall das der Ehepartner und/oder Lebensgefährte mitversicherte Person war, geht die Versicherungsnehmereigenschaft auf diesen über.

11.6.1 Versicherungsschutz für Ehegatten und Lebensgefährten

Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebensgefährte versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen. Die Beitragsfreistellung für den Ehegatten oder Lebensgefährten endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

11.7 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Wenn Sie während der Versicherungsdauer unverschuldet und unfreiwillig arbeitslos werden und

- mindestens 12 Monate vollbeschäftigt gewesen sind,
- die Arbeitslosigkeit mindestens einen Monat andauert,
- keiner bezahlten Beschäftigung mehr nachgehen,
- bei der Agentur für Arbeit („Arbeitsamt“) als arbeitslos gemeldet sind,
- der Beitrag zu diesem Vertrag gezahlt ist,

wird dieser Vertrag für die Dauer der Arbeitslosigkeit längstens für 18 Monate beitragsfrei gestellt.

Als Nachweis gilt: Der Bescheid über den Bezug von Arbeitslosengeld.

Sollten Sie erneut eine Beschäftigung aufnehmen, entfällt die Beitragsfreistellung mit Beginn des Monats, in dem die Beschäftigung erneut aufgenommen wurde.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit

- außer durch Arbeitsunfähigkeit
- unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z.B. durch Insolvenz).

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

11.8 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie unfallbedingt oder krankheitsbedingt ununterbrochen für mehr als sechs Wochen zu 100% arbeitsunfähig werden und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nachweisen, dann befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht (Beitragsbefreiung nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn).

Der Versicherungsvertrag wird auf Ihren Antrag hin bis zu 12 Monate beitragsfrei weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Prämienbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet und endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung.

Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Beitragsbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten zwei Jahre erreicht wurde.

Der Versicherungsvertrag wird nach Beendigung der Beitragsbefreiung unverändert beitragspflichtig weitergeführt.

Beiträge, die schon für den Zeitraum der Beitragsbefreiung entrichtet worden sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

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.

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

3360709 / 00 (05.25)

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 10 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, welcher der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

3360709 / 00 (05.25)

14 Nicht belegt

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

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

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform [Online-Streitbeilegung](#) wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Voraussetzung für die Einleitung des Ombudsmannverfahrens ist in jedem Fall, dass Sie zuvor bei uns Ihren Anspruch erfolglos geltend gemacht haben. Der Ombudsmann behandelt eine Beschwerde auch dann nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder von einer solchen Stelle entschieden wurde, ebenso dann nicht, solange die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht damit befasst ist.

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

3360709 / 00 (05.25)

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

16.1.3 Unser Beschwerdemanagement

Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Münchener Verein Versicherungsgruppe – Beschwerdestelle
Pettenkoferstraße 19
80336 München
Telefon: +49-89-5152-1010
E-Mail: beschwerdestelle@muenchener-verein.de

16.2 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

16.2.1 Klagen gegen Versicherer

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 Klagen gegen Versicherungsnehmer

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 und Erklärungen

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

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 vier 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 der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.