

A Allgemeine Unfall-Versicherungs-Bedingungen (AUB 2008-WV)

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziff. 3), nicht versicherbare Personen (Ziff. 4) sowie die Ausschlüsse (Ziff. 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.
Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein und seinen Nachträgen.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

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

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

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

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

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

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

2.1.2.3 entfällt

- 2.1.2.4 Stirbt die versicherte Person
 - aus unfallfreier Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall, und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem auf Grund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten

Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- Die versicherte Person ist unfallbedingt
 - in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
 - in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziff. 2.4.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage und zwar

für den 1. bis 10. Tag	100 Prozent
für den 11. bis 20. Tag	50 Prozent
für den 21. bis 100. Tag	25 Prozent

des Krankenhaustagegeldes.

2.6 Todesfallleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist in Folge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziff. 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.7 Unfallrente

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) mindestens zu 50 % (Invaliditätsgrad) beeinträchtigt.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung:

- Die Unfallrente zahlen wir
 - in Abhängigkeit vom festgestellten Invaliditätsgrad und
 - unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

- 2.7.2.1 Grundlage für die Berechnung der Leistung ist der Grad der unfallbedingten Invalidität (Invaliditätsgrad) und die vereinbarte Versicherungssumme für den entsprechenden Invaliditätsgrad.

- 2.7.2.1.1 Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Sie und wir sind gemäß Ziffer 9.4 AUB 2008 berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

- 2.7.2.1.2 Eventuell zu Ziffer 2.1.2.2 AUB 2008 vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.

- 2.7.2.2 Die Unfallrente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- 2.7.2.2.1 die versicherte Person stirbt oder

- 2.7.2.2.2 wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 2.7.2.1 AUB 2008 vorgenommene ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

2.8 Kosmetische Operationen

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.8.1.1 Die Körperoberfläche der versicherten Person ist durch den Unfall derart

- beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlungen das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person dauernd beeinträchtigt ist.
- 2.8.1.2 Die versicherte Person hat sich nach dem Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 2.8.1.3 Die kosmetische Operation und die klinische Behandlung erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall. Der Beginn der Behandlung ist uns vorher anzuzeigen.
- 2.8.1.4 Hat ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, wird der zu zahlende Betrag um diese Vorleistung gekürzt. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
- 2.8.2 Art und Höhe der Leistung:
Es wird ersatz geleistet bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für nachgewiesene
- Arztkosten und sonstige Operationskosten
 - Notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
 - Kein Ersatz wird geleistet für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
 - Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wurde.
- 2.8.2.1 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- 2.9 Bergungskosten / Unfallservice**
- 2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten.
- 2.9.2 Art und Höhe der Leistung:
Wir übernehmen bis zur vereinbarten Versicherungssumme die folgenden Leistungen:
- 2.9.2.1 Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Die Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 2.9.2.2 Beschaffung/Bereitstellung von Informationen über die Möglichkeit ärztlicher Versorgung und Herstellung der Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus.
- 2.9.2.3 Ersatz der Kosten für den Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
- 2.9.2.4 Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- 2.9.2.5 Ersatz der zusätzlichen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Urlaub im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und dem mitreisenden Partner der versicherten Person.
- 2.9.2.6 Ersatz der Kosten für die Überführung zum ständigen Wohnsitz im Todesfall im Inland. Bei Todesfall im Ausland Ersatz der Kosten für die Überführung zum ständigen Wohnsitz oder Ersatz der Kosten für die Bestattung im Ausland.
- 2.9.2.7 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor, und es kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.
- 2.9.2.8 Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
- 2.9.2.9 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- 2.10 Kurkostenbeihilfe**
- 2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person tritt nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt von mindestens 21 Tagen eine medizinisch notwendige Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme an, die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht und durch ein fachärztliches Attest nachzuweisen ist. Die Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Krankenhausbehandlung angetreten sein und eine Mindestdauer von 21 Tagen, maximal eine Dauer von 28 Tagen haben.
- 2.10.2 Art und Höhe der Leistung:
- 2.10.2.1 Wir übernehmen bis zur vereinbarten Versicherungssumme die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen und Krankengymnastik) sowie die Aufwendungen für Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung.
- 2.10.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor, und es kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Dies gilt insbesondere für die Leistungen eines gesetzlichen oder privaten Kosten- oder Leistungsträgers.
- 2.10.2.3 Die Leistung kann für jeden Unfall nur einmal in Anspruch genommen werden.
- 2.10.2.4 Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
- 2.10.2.5 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- 2.11 Sofortleistung bei Schwerverletzung (Invaliditätsvorschuss)**
- 2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist durch einen Unfall schwer verletzt worden. Eine schwere Verletzung liegt vor bei:
- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Amputation eines Armes oder einer Hand
 - Amputation eines Beines oder eines Fußes
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
 - Erblindung auf beiden Augen
 - Schwere Mehrfachverletzungen
 - Gewebe zerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen
 - Gewebe zerstörender Schaden eines inneren Organs,
 - Bruch eines langen Röhrenknochens,
 - Bruch des Beckens,
 - Bruch der Wirbelsäule
- 2.11.2 Art und Höhe der Leistung:
2.11.2.1 Wir zahlen die für die versicherte Person vereinbarte Versicherungssumme für Todesfallleistung als Invaliditätsvorschuss, sofern der Tod nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.
- 2.11.2.2 Die Höhe der Leistung ist auf maximal 6.000 EUR begrenzt, sofern keine abweichende Vereinbarung besteht.
- 2.11.2.3 Diese Leistung (Invaliditätsvorschuss) wird mit einer späteren Invaliditätsleistung verrechnet.
- 2.11.2.4 Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.
- 2.11.2.5 Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.
- 3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?**
Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen
- die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.
- 4. Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind bei allen Leistungen:
- dauernd pflegebedürftige Personen.
Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
 - Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist.
Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
 - schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen (Pflegestufe II und III) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung.
 - Personen mit einer Gehbehinderung, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G besitzen oder andere Krampfanfälle haben oder die die Voraussetzungen für den Erhalt des Ausweises erfüllen.
 - Personen mit vorgeschädigter Hüfte. Hierzu zählen insbesondere Personen, deren Hüftgelenk operiert wurde, Personen, die bereits einen Oberschenkelhalsbruch erlitten haben, sowie Personen, deren gesundheitliche Vorschädigung zu einer Gehbehinderung führte.
- 4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 4.3 Der für die unter Ziffer 4.1 genannten Personen seit Vertragsschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.
- 5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- 5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- 5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- 5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Rußland oder USA.

- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person
 – als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 – bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 – bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 5.2.1 Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziff. 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 5.2.3 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall verursacht waren.
- 5.2.4 Infektionen.
- 5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
 – durch Insektenstiche oder -bisse oder
 – durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
 – Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 – Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziff. 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- 5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziff. 5.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 5.2.5 Vergiftungen in Folge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
 Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen in Folge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**
- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs
- 6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
 – Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
 – Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- 6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- 6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängen maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.
 Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.
- 6.2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
- 6.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

- 7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
 Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.
- 7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden;

von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

- 7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.
- 7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
 Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
 Wird eine Obliegenheit nach Ziff. 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.
 Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
 Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
 Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.
- 9. Wann sind die Leistungen fällig?**
- 9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
 – Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 – beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
 Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
 – bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe,
 – bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
 – bei Tagegeld bis zu 1 Tagegeldsatz,
 – bei Krankenhaustagegeld bis zu 1 Krankenhaustagegeldsatz.
 Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
 Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss
 – von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziff. 9.1,
 – von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
 Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.
- 9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- Die Versicherungsdauer**
- 10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?**
- 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziff. 11.2 zahlen.
- 10.2 Dauer und Ende des Vertrages
 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
 Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme,

- Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen
Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Rußland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

- 11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 11.1 Beitrag und Versicherungssteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
- 11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 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
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 11.3.2 Abs. 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4 Kündigung
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 11.3.2 Abs. 2 darauf hingewiesen haben.
Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftverfahren
Ist die Einziehung des Beitrags mittels SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn Sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.
Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 11.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas

- anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 11.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
– Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
– die Versicherung nicht gekündigt war und
– Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
gilt folgendes:
- 11.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 11.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

- 12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich. Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 13.2 Rücktritt
- 13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts
Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.
- 13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts
Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- 13.2.3 Folgen des Rücktritts
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung
- 13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.
Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtver-

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

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

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

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

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

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

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

14. entfällt

15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

15.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16. Welches Gericht ist zuständig?

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

16.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

17.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

18. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Besondere Bedingungen für das Unfallgeld bei schwerem Unfall (BB Unfallgeld 2009)

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:

Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008, zahlen wir, sofern vereinbart, ein Unfallgeld gem. der nachfolgenden Bestimmungen.

1. Die versicherte Person befand sich wegen des Unfalles für mindestens 30 Tage ununterbrochen in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
2. Der Unfall führte bei der versicherten Person zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität, Ziffer 2.1.1 AUB 2008) von mindestens 30 % (Invaliditätsgrad). Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von der versicherten Person bei uns geltend gemacht worden sein. Es besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung, sofern die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstirbt.
3. Sofern die Voraussetzung gem. Nr. 1. oder Nr. 2. der BB Unfallgeld 2009 erfüllt sind, wird die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesene Versicherungsleistung für maximal 12 Monate erbracht.
4. Das Unfallgeld wird nur einmal während der Versicherungslaufzeit gewährt, unabhängig davon, ob dieses aufgrund Nr. 1. oder Nr. 2. der BB Unfallgeld 2009 beantragt wurde.
5. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Besondere Bedingungen für das Unfallgeld (BB Unfallgeld)

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:

Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008, zahlen wir, sofern vereinbart, ein Unfallgeld gem. der nachfolgenden Bestimmungen.

1. Die versicherte Person befand sich wegen des Unfalles für mindestens 30 Tage ununterbrochen in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
2. Der Unfall führte bei der versicherten Person zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität, Ziffer 2.1.1 AUB 2008) von mindestens 50 % (Invaliditätsgrad). Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008.
3. Sofern die Voraussetzung gem. Nr. 1. oder Nr. 2. der BB Unfallgeld erfüllt sind, wird die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesene Versicherungsleistung für maximal 12 Monate erbracht.
4. Das Unfallgeld wird nur einmal während der Versicherungslaufzeit gewährt, unabhängig davon, ob dieses aufgrund Nr. 1. oder Nr. 2. der BB Unfallgeld beantragt wurde.
5. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) wird wie folgt erweitert

Für den 25 % übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	400
34	52	53	115	72	210	91	410
35	55	54	120	73	215	92	420
36	58	55	125	74	220	93	430
37	61	56	130	75	225	94	440
38	64	57	135	76	230	95	450
39	67	58	140	77	235	96	460
40	70	59	145	78	240	97	470
41	73	60	150	79	245	98	480
42	76	61	155	80	250	99	490
43	79	62	160	81	255	100	500
44	82	63	165	82	260		

B Besondere Bedingungen Unfall

Die folgenden Besonderen Bedingungen sind nur Vertragsbestandteil, wenn sie in Ihrer Versicherungspolice bzw. im gültigen Versicherungspolice-Nachtrag genannt sind.

Besondere Bedingungen für die Invaliditäts-Kapitalleistung (BB Inv. Kapital 2008)

Sofern die Leistung Invaliditäts-Kapitalleistung ausdrücklich vereinbart ist und in Ihrem Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentiert ist, wird Ziffer 2 AUB 2008 wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2008 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten, wird, sofern der angegebene Invaliditätsgrad erreicht oder überschritten wurde, die im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesene Versicherungssumme als einmalige Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht. Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 der AUB 2008. Etwaig vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Höhe der Leistung unberücksichtigt. Sofern für unterschiedliche Invaliditätsgrade eine einmalige Invaliditäts-Kapitalleistung vereinbart gilt und diese im Versicherungsschein/Nachtrag ausgewiesen ist, wird, sofern bereits eine Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht wurde, bei Erreichen des darauf folgenden vorgegebenen Invaliditätsgrades, nur der Differenzbetrag zwischen der bereits geleisteten und der sich neu ergebenden Invaliditäts-Kapitalleistung erbracht. Bestehen bei

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (1000 %)

Ziffer 2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) wird wie folgt erweitert:

Für den 25 % übersteigenden Teil erfolgt die Abrechnung gemäß nachfolgender Tabelle.

Tabelle zur Leistungsberechnung:

von %	auf %						
26	30	45	125	64	496	83	762
27	35	46	130	65	510	84	776
28	40	47	135	66	524	85	790
29	45	48	140	67	538	86	804
30	50	49	145	68	552	87	818
31	55	50	150	69	566	88	832
32	60	51	314	70	580	89	846
33	65	52	328	71	594	90	860
34	70	53	342	72	608	91	874
35	75	54	356	73	622	92	888
36	80	55	370	74	636	93	902
37	85	56	384	75	650	94	916
38	90	57	398	76	664	95	930
39	95	58	412	77	678	96	944
40	100	59	426	78	692	97	958
41	105	60	440	79	706	98	972
42	110	61	454	80	720	99	986
43	115	62	468	81	734	100	1000
44	120	63	482	82	748		

Besondere Bedingungen für die Soforthilfe bei Krebserkrankungen in der Kinder-Unfallversicherung (BB Soforthilfe Krebserkrankung 2008)

In Erweiterung von Ziffer 2 AUB 2008 besteht Versicherungsschutz, wenn nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn bei dem versicherten Kind erstmals eine Krebserkrankung ärztlich festgestellt wird. Die Versicherungsleistung erbringen wir in Form einer Einmalzahlung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Die Leistungsart entfällt mit der Auszahlung der Versicherungssumme, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 16. Lebensjahr vollendet hat.

Bestehen bei uns mehrere Verträge für das versicherte Kind, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung.

C Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Absicherung laufender Zahlungsverpflichtungen (AVB LZV 2018)

A. Allgemeines

1. Sie sind Versicherungsnehmer. Versicherte Person (Versicherter) und Beitragszahler können Sie selbst oder eine andere Person sein.
2. Diese Versicherung dient der Sicherung laufender Zahlungsverpflichtungen, wie z.B. Sparverträgen, Kapitallebens- oder Rentenversicherungen, Bausparverträgen, Finanzierungsverträgen. Folgende Risiken sind, sofern beantragt und im Versicherungsschein und seinen etwaigen Nachträgen dokumentiert, nach Maßgabe dieser Bedingungen versichert:
 - Arbeitsunfähigkeit (Klauseln F, H und J)
 - Arbeitslosigkeit (Klauseln G, I und J)

B. Wer ist der Versicherer?

Versicherer ist die Würzburger Versicherungs-AG, Würzburg.

C. Wer ist versichert?

1. Versicherungsschutz wird nur gewährt, wenn Sie:
 - eine Zahlungsverpflichtung gemäß Klausel A Nr. 2 eingegangen sind und hierfür eine wiederkehrende Zahlung zu leisten haben und
 - einen Antrag auf Versicherungsschutz gestellt haben und
 - bei Antragstellung mindestens 18 Jahre und höchstens 60 Jahre alt sind und
 - bei Antragstellung oder bei Eintritt des Versicherungsfalles seit mindestens 24 Monaten innerhalb Deutschlands Vollzeit beschäftigt sind und hiervon seit mindestens 12 Monaten bei ein und demselben Arbeitgeber tätig sind oder
 - bei Antragstellung oder bei Eintritt des Versicherungsfalles seit mindestens 24 Monaten innerhalb Deutschlands selbständig tätig sind.
2. Vollzeitbeschäftigt im Sinne der Versicherungsbedingungen ist, wer in einem unbefristeten, bezahlten und sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis von mehr als 18 Stunden pro Woche steht. Hiervon ausgeschlossen sind folgende Tätigkeiten:
 - Saisonarbeiten,
 - befristete Arbeitsverhältnisse,
 - projektgebundene Arbeiten, für die Sie speziell angestellt wurden,
 - Arbeiten bei Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten,
 - Ausbildungszeiten (auch Referendarzeit, Fortbildungsmaßnahmen und dgl.), Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst.
3. Selbständig tätig im Sinne der Versicherungsbedingungen ist, wer einen freien Beruf ausübt, ein Gewerbe betreibt oder unmittelbar oder mittelbar einen be-

herrschenden Einfluss auf die Leitung einer Personen- oder Kapitalgesellschaft, in welcher er selbst als Organ tätig ist, ausübt oder ausüben kann. Hiervon ausgeschlossen sind folgende Branchen und Funktionen:

- Gastgewerbe,
- Schausteller,
- Taxiunternehmer,
- Schauspieler und Artisten,
- Kleingewerbetreibende,
- Inhaber von Reisegewerbescheinen,
- Handelsvertreter und Künstler,
- Geschäftsführer einer Ein-Personen-GmbH.

D. Wann beginnt die Versicherung?

1. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit und nicht vor Zahlung der Prämie.
2. Die Wartezeit für Leistungen wegen
 - Arbeitsunfähigkeit und
 - Arbeitslosigkeitrichtet sich nach dem beantragten Tarif und ist im Versicherungsschein ausgewiesen. Die Wartezeit beginnt mit dem Beginn des Versicherungsvertrages, allerdings nicht vor dem Beginndatum des Vertrages der nach Klausel A Nr. 2 eingegangenen Zahlungsverpflichtung. Tritt eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Arbeitslosigkeit innerhalb der Wartezeit ein, so besteht für dieses Ereignis kein Leistungsanspruch.

E. Wann endet die Versicherung?

1. Diese Versicherung hat eine Laufzeit von mindestens einem Jahr. Eine längere Laufzeit kann vereinbart werden. Sie verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, es sei denn, sie endet zum frühesten der nachfolgenden Zeitpunkte:
 - mit Ihrem Tod;
 - mit Ablauf des Versicherungsmonats, in welchem Sie Ihr 60. Lebensjahr vollenden;
 - mit dem Ablauf des Versicherungsmonats, in welchem wir die Gesamtversicherungsleistung von 24 monatlichen Versicherungsleistungen erbracht haben;
 - mit Ihrem Eintritt in den endgültigen Ruhestand, einschließlich Vorruhestand. Sie müssen uns den Eintritt in den endgültigen Ruhestand oder Vorruhestand anzeigen;
 - mit der Kündigung des Versicherungsvertrages (Klausel P).
2. Sollte vor Wirksamwerden einer Kündigung durch uns ein Versicherungsfall eingetreten sein, so werden wir die Versicherungsleistung auch über den Beendigungszeitpunkt hinaus nach diesen Bedingungen erbringen.
3. Die Laufzeit der Versicherung ist die Periode zwischen dem Beginn, wie unter Klausel D, und dem Ende der Versicherung, wie unter Klausel E, genannt.

F. Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und welche Versicherungsleistung erbringen wir in diesem Fall?

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie in Folge von Gesundheitsstörungen oder aufgrund eines Unfalls außerstande sind, Ihre bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund Ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse ausgeübt werden kann und Ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Ferner müssen Sie sich wegen dieser Gesundheitsstörungen in regelmäßiger Behandlung eines innerhalb Deutschlands zugelassenen und praktizierenden Arztes befinden.

1. Ein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht erst nach Ablauf der Karenzzeit und nur für den der Karenzzeit nachfolgenden Zeitraum. Berechnungsbasis für den Leistungsanspruch ist der auf die Karenzzeit folgende Zeitraum.
2. Die Karenzzeit richtet sich nach dem beantragten Tarif und ist im Versicherungsschein ausgewiesen.
3. Werden Sie während der Laufzeit dieser Versicherung (s. Klausel E Nr. 3) mindestens für die Dauer der Karenzzeit arbeitsunfähig, so werden wir je Monat die vereinbarte monatliche Versicherungsleistung zahlen.
4. Die Höchstleistungsdauer für einen Versicherungsfall, d. h. der Zeitraum, für den Leistungen aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung bezogen werden können, ist jedoch beschränkt auf 12 Monate und für mehr als einen Versicherungsfall auf 24 Monate während der Laufzeit der Versicherung.
5. Die monatliche Versicherungsleistung kann mit Ihrem Prämienkonto für die Versicherung oder, nach Vereinbarung, direkt mit Ihrem Anspar- oder Finanzierungskonto verrechnet werden.

G. Was ist Arbeitslosigkeit / schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen und welche Versicherungsleistung erbringen wir in diesem Fall?

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie keiner bezahlten Vollzeitbeschäftigung nachgehen oder nicht mehr selbständig tätig sind und bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen. Selbständige, die keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen haben, müssen dies durch einen entsprechenden Negativbescheid der Agentur für Arbeit nachweisen.

Gehören Sie nicht zum Personenkreis, für den die definierte Arbeitslosigkeit zutreffen kann oder sind Sie gemäß Klausel C Ziffer 3 ausgeschlossen, erhalten Sie den Schutz gegen „schwere Erkrankungen“. Die Leistung beträgt dann einmalig das 18-fache des monatlich gewählten Versicherungsschutzes der Arbeitslosigkeit.

1. Ein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit entsteht erst nach Ablauf der Karenzzeit und nur für den der Karenzzeit nachfolgenden Zeitraum. Berechnungsbasis für den Leistungsanspruch ist der auf die Karenzzeit folgende Zeitraum.
2. Die Karenzzeit richtet sich nach dem beantragten Tarif und ist im Versicherungsschein ausgewiesen.
3. Werden Sie während der Laufzeit dieser Versicherung (s. Klausel E Nr. 3) mindestens für die Dauer der Karenzzeit arbeitslos, so werden wir je Monat die vereinbarte monatliche Versicherungsleistung zahlen.

4. Die Höchstleistungsdauer für einen Versicherungsfall, d.h. der Zeitraum, für den Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung bezogen werden können, ist jedoch beschränkt auf 12 Monate und für mehr als einen Versicherungsfall auf 24 Monate während der Laufzeit der Versicherung.
5. Die monatliche Versicherungsleistung kann mit Ihrem Prämienkonto für die Versicherung oder, nach Vereinbarung, direkt mit Ihrem Anspar- oder Finanzierungskonto verrechnet werden.
6. Als schwere Krankheiten definiert sind:

6.1 Herzinfarkt

- Versichert ist ein Herzinfarkt als das erste akute Auftreten eines Herzinfarktes, das heißt das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard).
- Nicht versichert sind stumme Infarkte (Mikroinfarkte) sowie Angina pectoris.

6.2 Schlaganfall

- Versichert ist ein Schlaganfall als eine Schädigung des Gehirns durch einen infolge einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt mit dauerhaften neurologischen Folgeerscheinungen.
- nicht versichert sind transitorisch ischämische Attacken (TIA), Reversible (sich zurückbildende) neurologische Defizite und äußere Verletzungen.

6.3 Krebs

- Versichert ist Krebs als ein bösartiger Tumor, der charakterisiert ist durch eigenständiges, unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenzen (in Gewebe eindringendes Tumorstadium) und Metastasierungstendenzen.
- Versichert sind insbesondere maligne Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämien, Lymphomen und Morbus Hodgkin.
- Nicht versichert sind:
 - a) Präkanzerosen (Vorstadien einer Krebserkrankung)
 - b) Carcinoma-in-situ (Krebs im Frühstadium)
 - c) Zervikale Dysplasien (Vorstadien des Gebärmutterhalskrebses) CIN1, CIN2 und CIN3
 - d) alle Hautkrebserkrankungen (maligne (bösartige) Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm nach Breslow sind jedoch versichert)
 - e) Frühe Stadien des Prostatakarzinom mit einem Gleason Grad von 6 und weniger oder einem Stadium T1NOMO und T2NOMO
 - f) Papilläres Mikrokarzinom der Schilddrüse und Blase
 - g) Chronisch lymphatische Leukämie mit einem RAI Stadium unter 1
 - h) Alle malignen (bösartigen) Tumore bei gleichzeitigem Vorliegen einer HIV-Infektion
 - i) Rezidive (Neuaufreten des Krebses) und Metastasen (Tochtergeschwülste) eines vor Anmeldung bestanden Krebsleidens sowie das Auftreten eines Zweitkrebses z. B. in einem anderen Organ.

6.4 Blindheit

- Blindheit liegt vor bei einem vollständigen, dauerhaften und nicht mehr behebbaren Verlust des Sehvermögens beider Augen, der nicht durch medizinische oder optische Maßnahmen verbessert werden kann.

6.5 Taubheit

- Taubheit liegt vor bei einem vollständigen, dauerhaften und nicht mehr behebbaren Verlust des gesamten Hörvermögens auf beiden Ohren, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann.

H. In welchen Fällen von Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Keine Versicherungsleistung wird gezahlt:

1.1 bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Ihnen bekannten

- Krebserkrankungen, unabhängig von der Art und des Stadiums der Krebserkrankung
- Schlaganfällen (Zerebrovaskulärer Insult) gem. den ICD*-10 Klassifikationen 60, 61, 62, 63, 64 und 69 einschließlich jeweils aller Unterziffern
- Herzinfarkten (Myokardinfarkten) gem. den ICD*-10 Klassifikationen 21, 22, 23 und 25.2 einschließlich jeweils aller Unterziffern
- Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes – es sei denn, sie sind von einem Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt

wegen derer Sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurden. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und in ursächlichem Zusammenhang mit den aufgeführten Erkrankungen steht.

*ICD ist die Abkürzung für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat diese Klassifikation erstellt. Der behandelnde Arzt verschlüsselt die Diagnose z. Bsp. auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

- 1.2 Wenn Sie zu einer Zeit arbeitsunfähig werden, zu der Sie nicht vollzeitbeschäftigt (für mehr als 18 Stunden pro Woche) oder selbständig tätig waren.

2. Ferner wird keine Versicherungsleistung gezahlt bei Arbeitsunfähigkeit verursacht durch:

- absichtliches Herbeiführen von Krankheiten oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir leisten;
- Schwangerschaft;
- Sucht (z.B. Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung;
- Genuss alkoholischer Getränke oder Rauschmittel;
- unmittelbare oder mittelbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern Sie auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen haben;
- Strahlung, Kontamination oder radioaktive Einwirkungen, egal aus welcher Quelle;
- psychische Krankheiten oder geistige oder nervliche Störungen;

- chirurgische Eingriffe und medizinische Behandlungen, die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurden;
- die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch Sie.

- Benutzung von Luftfahrzeugen
- Teilnahme an Fahrveranstaltungen

Keine Versicherungsleistung wird gezahlt wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit für Zeiträume, in denen schon eine Leistung von uns bezogen wird (wechselseitige Ausschlüsse).

I. In welchen Fällen von Arbeitslosigkeit / schwere Erkrankungen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Keine Versicherungsleistung wird gezahlt bei Arbeitslosigkeit, wenn:

- Sie nicht entweder bei Versicherungsbeginn oder bei Eintritt der Arbeitslosigkeit seit mindestens 24 Monaten innerhalb Deutschlands Vollzeit beschäftigt sind und hiervon seit mindestens 12 Monaten bei ein und demselben Arbeitgeber tätig waren oder innerhalb Deutschlands seit mindestens 24 Monaten selbständig tätig sind;
- Sie bei Versicherungsbeginn von der bevorstehenden Beendigung des Arbeitsverhältnisses Kenntnis hatten oder aufgrund grober Fahrlässigkeit keine Kenntnis hatten;
- Sie während der Probezeit arbeitslos werden;
- Sie arbeitslos werden aufgrund von Ausschlüssen, die unter Arbeitsunfähigkeit genannt wurden (Klausel H);
- Sie es versäumt haben, als ehemals Vollzeitbeschäftigter das Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen zu beantragen oder Sie es als ehemals Selbständiger versäumt haben, sich bei der Agentur für Arbeit als arbeitsuchend zu melden;
- Sie Übergangsgeld, z. B. im Rahmen einer Umschulung, Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) oder anderer Programme erhalten;
- Sie Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen im Anschluss an die vollständige Ausschöpfung von Leistungen aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung erhalten (Aussteuerung).

2. Ferner wird keine Versicherungsleistung gezahlt bei Arbeitslosigkeit, die durch einen der folgenden Umstände eintritt:

- vorsätzliches Fehlverhalten (z.B. Betrug, Diebstahl, Unterschlagung, etc.) durch Sie;
- Wenn Sie Ihren Arbeitsvertrag selbst kündigen oder eine einvernehmliche Aufhebung akzeptieren (wird der Arbeitsvertrag aufgehoben, nachdem Ihnen gekündigt worden ist, so gelten Sie frühestens ab dem Zeitpunkt als arbeitslos, zu dem diese Kündigung Ihr Arbeitsverhältnis beendet hätte).

3. Die Leistung „schwere Erkrankungen“ wird nicht zusätzlich zu Leistungen auf Grund Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit gezahlt.

Keine Versicherungsleistung wird gezahlt wegen Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder schwere Erkrankungen für Zeiträume, in denen schon eine Leistung von uns bezogen wird (wechselseitige Ausschlüsse).

J. Mehrfache Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit

1. Sollte eine Versicherungsleistung wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt worden sein, so müssen Sie nach Einstellung der Versicherungsleistung und vor Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit folgende Zeiträume Vollzeit beschäftigt gearbeitet haben oder selbständig tätig gewesen sein, um einen Anspruch wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit geltend machen zu können:

- wenn die erneute Arbeitsunfähigkeit auf einer im Vergleich zur vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit andersartiger Gesundheitsstörung beruht, mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage;
- wenn die erneute Arbeitsunfähigkeit auf einer gleichartigen Gesundheitsstörung beruht, mindestens 180 aufeinanderfolgende Tage.

2. Für den Fall, dass zwei Zeiträume, in denen Sie arbeitslos sind, nur drei Monate oder weniger auseinander liegen, wird der gesamte Zeitraum insgesamt als ein Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit behandelt, wobei wir aber keine Leistung für die Zeiten erbringen, in denen Sie zwischen zwei Zeiträumen der Arbeitslosigkeit berufstätig sind.

3. Sofern zwei Zeiträume, in denen Sie arbeitslos sind, länger als drei Monate auseinander liegen, wird dies nicht als ein Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit behandelt. In diesem Fall müssen Sie nach Beendigung der Arbeitslosigkeit und vor Eintritt einer erneuten Arbeitslosigkeit 180 aufeinanderfolgende Tage Vollzeit beschäftigt oder selbständig gewesen sein, um einen Anspruch wegen der erneuten Arbeitslosigkeit geltend machen zu können.

K. Prämie, Prämienzahlung, Prämienverzug und Prämienanpassung

1. Beitrag und Versicherungssteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

2. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

- 2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

- 2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

- 2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

3. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

- 3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Nrn. 3.3 und 3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Nr. 3.2 Satz 2 ff. darauf hingewiesen wurden.

3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Nr. 3.2 Satz 2 ff. darauf hingewiesen haben. Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angehaltenen Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

4. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftverfahren

Ist die Einziehung des Beitrags mittels SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt. Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

5. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

6. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

7. Wir können die Höhe der Versicherungsprämie für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit anpassen, wenn dies aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland, insbesondere infolge gestiegener Arbeitslosigkeit, erforderlich ist. Wir werden Prämienhöhungen nur zum Jahresende vornehmen, wobei die Prämie maximal um 5 % pro Jahr erhöht werden kann. Änderungen der Prämie werden mit der nächsten Prämienfälligkeit wirksam, wenn wir Ihnen die Prämienänderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes der alten und neuen Prämie spätestens drei Monate vor Wirksamwerden mitteilen. In diesem Fall haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Prämienhöhung zu kündigen (gemäß § 40 VVG). Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung der Prämienhöhung noch einmal gesondert hinweisen.

L. Prämienzahlung während eines Leistungsfalles

Prämien sind auch für die Zeiträume zu zahlen, in denen Sie Versicherungsleistungen erhalten.

M. Wie wird der Schaden gemeldet? (Obliegenheiten im Schadenfall)

1. Sie haben uns den Eintritt des Versicherungsfalles (Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit) unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Bereits die Kenntnis über den bevorstehenden Eintritt des Versicherungsfalles ist uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung muss innerhalb von 120 Tagen nach Eintritt des Versicherungsfalles und/oder Kenntnis des bevorstehenden Eintritts des Versicherungsfalles geltend gemacht werden. Maßgeblich ist der frühestmögliche Zeitpunkt.
2. Für die Geltendmachung von Ansprüchen auf Versicherungsleistung verwenden Sie bitte die hierfür bestimmten Antragsformulare, die Sie von uns unter der Adresse Würzburger Versicherungs-AG, Postfach 6829, 97018 Würzburg beziehen können. Das ausgefüllte Formular muss dann an uns zurückgesandt werden.
3. Ansprüche aufgrund von Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit, sind für jeden Monat, für den Sie Versicherungsleistung beantragen, erneut geltend zu machen. Entsprechende Folgeanträge werden von uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung zur Verfügung gestellt.
4. Eine Leistungspflicht von uns besteht nur, sofern Sie nachweisen, dass die Voraussetzungen dieser Bedingungen gegeben sind.
5. Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir alle notwendigen Nachweise verlangen, die für den jeweiligen Anspruch auf Versicherungsleistung von Bedeutung sind. Das sind insbesondere:
 - Nachweis über das Fortbestehen der Versicherung, z. B. der Nachweis, dass keine Ereignisse eingetreten sind, die nach Klausel E zur Beendigung des Versicherungsvertrages führen;
 - einen Nachweis über Ihr Alter;
 - einen durch einen innerhalb Deutschlands zugelassenen und praktizierenden Arzt erstellten Nachweis über Ihre Arbeitsunfähigkeit und deren Ursache;
 - eine Bescheinigung der zuständigen Agentur für Arbeit, dass Sie arbeitslos gemeldet sind und Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen

beziehen. Für Selbständige ist eine Bescheinigung der zuständigen Agentur für Arbeit, dass Sie arbeitslos gemeldet sind, erforderlich;

- Nachweise darüber, dass Sie sich aktiv um Arbeit bemühen. Dieses gilt auch für Selbständige.
- Dieser hiermit verbundenen Kosten haben Sie zu tragen.
6. Wir können, auch während wir Versicherungsleistungen erbringen, weitere Nachweise darüber verlangen, dass die Voraussetzungen des Anspruchs auf Versicherungsleistung noch immer erfüllt werden.
 7. Ferner können wir, dann allerdings auf unsere Kosten, Ihre Untersuchung durch einen von uns bestimmten, zugelassenen und praktizierenden Arzt verlangen.

N. Verhältnis von Arbeitsunfähigkeit zu Arbeitslosigkeit

1. Sofern Sie Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erhalten und während dieser Zeit arbeitslos werden, gelten die folgenden Bestimmungen:
 - Sie haben uns die veränderten Umstände unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
 - Versicherungsleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden weiterhin nach Maßgabe der Klauseln F, H und J gezahlt. Nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit können Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit geltend machen.
 - Bei der Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung (Berechnung der Wartezeit) wegen Arbeitslosigkeit werden wir die Zeit der Arbeitsunfähigkeit als Vollzeitbeschäftigung, bzw. Selbständige Tätigkeit, anrechnen. Die Gesamtversicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit ist auf 12 monatliche Zahlungen begrenzt.
2. Sofern Sie Versicherungsleistungen wegen Arbeitslosigkeit erhalten und während dieser Zeit arbeitsunfähig werden, gelten die folgenden Bestimmungen:
 - Sie haben uns die veränderten Umstände unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
 - Der Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit endet an dem Tag, an dem Sie Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit erhalten. Bei der Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung wegen Arbeitsunfähigkeit werden wir das Erfordernis Ihrer Vollzeitbeschäftigung oder selbständigen Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit außer Betracht lassen. Die Gesamtversicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit ist auf 12 monatliche Zahlungen begrenzt.

O. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Klausel M vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

P. Kündigung

Nach Ablauf der 14-tägigen gesetzlichen Widerrufsfrist können Sie den Versicherungsvertrag, sofern dieser auf unbestimmte Zeit abgeschlossen wurde, jederzeit zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Bei Vereinbarung einer Laufzeit von drei oder mehr Jahren, kann der Versicherungsvertrag erst zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Eine Prämienrückgewähr findet nicht statt. Ein Rückkaufswert fällt bei dieser Versicherung nicht an. Das Kündigungsrecht steht uns ebenfalls zu.

Q. Wie ist der Vertrag an den Überschüssen der Gesellschaft beteiligt?

Der Versicherungsvertrag ist nicht an den Überschüssen der Gesellschaft beteiligt.

R. Welches Gericht ist zuständig?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
 2. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
5. **Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

D Besondere Bedingungen Laufende Zahlungsverpflichtungen

Die folgenden Besonderen Bedingungen sind nur Vertragsbestandteil, wenn sie in Ihrer Versicherungspolice bzw. im gültigen Versicherungspolice-Nachtrag genannt sind.

Besondere Bedingungen für die Verdoppelung der Leistungen (BB Verdoppelung)

Wir verdoppeln die vereinbarte Invaliditätsgrundsumme wenn Sie:

- a) keinen Kredit- und/oder Sparvertrag haben;

- b) wenn Sie aus dem Arbeitsprozess ausscheiden und sich im Ruhestand befinden;
- c) wenn Sie das 55. Lebensjahr vollenden bzw. bei Antragsstellung bereits vollendet haben.

Alle übrigen Leistungen aus der Unfall-Versicherung bleiben unverändert. Die Verdoppelung gilt ab dem Eintritt eines der aufgeführten Punkte (a – c) und gilt für die gesamte Laufzeit des Vertrages. Die Leistungen aus der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung entfallen in diesen Fällen.

Besondere Bedingungen für den Ratenschutz (BB Ratenschutz)

Die vereinbarten Versicherungssummen für das Unfallgeld bei schwerem Unfall und für Unfalltod werden, wenn Sie:

- a) keinen Kredit- und/oder Sparvertrag haben;
 - b) wenn Sie aus dem Arbeitsprozess ausscheiden und sich im Ruhestand befinden;
 - c) wenn Sie das 55. Lebensjahr vollenden bzw. bei Antragsstellung bereits vollendet haben,
- verdoppelt.

Alle übrigen Leistungen aus der Unfall-Versicherung bleiben unverändert. Die Verdoppelung gilt ab dem Eintritt eines der aufgeführten Punkte (a – c) und gilt für die gesamte Laufzeit des Vertrages. Die Leistungen aus der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung entfallen in diesen Fällen.

Besondere Bedingungen für den Kreditschutzbrief (BB Kreditschutzbrief)

Während des Zeitraumes, in dem Sie Versicherungsleistungen erhalten, sei es aufgrund von Arbeitslosigkeit oder aufgrund von Arbeitsunfähigkeit oder aus dem Unfallgeld, besteht kein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen. Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitslosigkeit oder aufgrund von Arbeitsunfähigkeit oder aus dem Unfallgeld schließen sich gegenseitig aus.

E Hinweise zur Datenverarbeitung bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Versicherer können heute ihre Aufgabe nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich bearbeiten. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten zu Ihrer Person (personenbezogene Daten) bezeichnen wir im Folgenden vereinfachend als „Datenverarbeitung“. Diese Datenverarbeitung ist zulässig, wenn es die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), die datenschutzrelevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetz (VVG) oder eine andere Rechtsvorschrift erlaubt oder wenn Sie eingewilligt haben.

Gerne informieren wir Sie hier über Ihre Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg
Telefon: 0931-2795-0
Fax: 0931-2795-290
Email: info@wuerzburger.com

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter obiger Adresse oder unter datenschutzbeauftragter@wuerzburger.com

Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter der Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrelevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetz (VVG) oder aller weiteren Rechtsvorschriften.

Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen, Ihnen eine Rechnung schicken zu können oder Sie darüber zu informieren, wie Sie am einfachsten Ihre Rechte und Leistungen geltend machen können. Angaben in Schaden- und Leistungsfällen benötigen wir zur Prüfung, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Vertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Beeinträchtigung, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Sachschaden oder bei erfolgreicher Schadenregulierung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von

versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung von personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b.) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, z.B. Gesundheitsdaten, erforderlich sind, holen wir gesondert Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a.) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j.) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG. Die Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2a.) i.V.m. 7 DSGVO können Sie jederzeit für die Zukunft formlos unter der obigen Adresse widerrufen.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1f.) DSGVO). Dies kann erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir die Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können (Betrugsbekämpfung).

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben und Verpflichtungen. Dazu gehören z.B. aufsichtsrechtliche Vorgaben, handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten oder unsere Beratungs- und Betreuungspflicht. Als Rechtsgrundlage dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 1c.) DSGVO.

Weitere Empfänger personenbezogener Daten

Vermittler:

Werden Sie von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Diese Daten gibt der Vermittler an uns weiter. Wir übermitteln im Gegenzug auch Daten an den Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zur Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Externe Dienstleister:

Wir arbeiten mit ausgewählten Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erfüllen zu können. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen bzw. Unternehmenskategorien, mit denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version der Dienstleisterliste können Sie auf unserer Internetseite www.wuerzburger.com einsehen.

Rückversicherer und andere Versicherer

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer werden wir auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Versicherer und Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese benötigen im Einzelfall versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Leistungsfall ggf. auch Ihre Personalien.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Speicherungsdauer Ihrer Daten

Wir speichern Ihre Daten für die Laufzeit Ihres Vertrages und der Bearbeitung Ihres Leistungsfall. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungspflichten betragen bis zu zehn Jahren.

Ihre Datenschutzrechte

Sie haben ein Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre durch uns gespeicherten Daten und deren Verwendung, sowie ein Recht auf Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von uns gespeicherten Daten auf Wunsch in einem gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas geändert bzw. berichtigt haben wollen, wenden Sie sich an die oben genannte Adresse.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Als Versicherer sind wir befugt, in bestimmten Fallgruppen (z.B. bei einer Entscheidung zum Abschluss oder der Erfüllung eines Vertrages) Ihre personenbezogenen Daten (auch Ihre Gesundheitsdaten) einer sogenannten automatisierten Einzelfallentscheidung zugrunde zu legen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Information.

Falls wir dem Antrag auf Versicherungsleistung nicht oder nur teilweise nachkommen, haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Einwirkung des Eingreifens einer Person durch uns als Verantwortlichen,
- Darlegung des eigenen Standpunkts und
- Recht auf Anfechtung der Entscheidung.

Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten

Zur Beschwerde haben Sie die Möglichkeit sich an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 27
91522 Ansbach

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG

Kundeninformationen nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Informationen zum Versicherungsunternehmen

1. Identität, ladungsfähige Anschrift des Versicherers und zuständige Aufsichtsbehörde

Versicherer ist die Würzburger Versicherungs-AG, eine Aktiengesellschaft deutschen Rechts.
Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg, Deutschland
Telefon: +49 931 2795-0, Telefax: +49 931 2795-291, www.wuerzburger.com
Handelsregister: Sitz Würzburg, HR Würzburg B 3500
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. Dr. Ronald Frohne
Vorstand: Dr. Klaus Dimmer (Vorsitzender), Pavel Berkovitch

Die Würzburger Versicherungs-AG unterliegt der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, Tel. +49 (0) 228 4108-0, Internet: www.bafin.de
Sollten Sie mit einer Entscheidung oder Verhaltensweise unsererseits nicht einverstanden sein und hat auch eine Beschwerde an unseren Vorstand keine Abhilfe geschaffen, können Sie sich über eine Petition an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden. Die Möglichkeit, Ihre Beschwerde auf dem Rechtsweg geltend zu machen, bleibt hiervon unberührt.

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Würzburger Versicherungs-AG ist der Betrieb der Reise-, Haftpflicht-, Unfall- und Sachversicherung für private Haushalte.

3. Angaben für das Bestehen eines Garantiefonds o. ä.

Für Ihre Versicherungen besteht kein Garantiefonds o. ä.

Informationen zur angebotenen Leistung

4. Wesentliche Merkmale der Vertragsbestimmungen

Grundlage des Versicherungsvertrages sind der Antrag, der Versicherungsschein und etwaige Nachträge. Es gelten je nach gewünschtem Deckungsumfang die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen zu den entsprechenden Produkten, sowie eventuell mit Ihnen getroffene Vereinbarungen und die gesetzlichen Bestimmungen. Maßgeblich für den Geltungsbereich der Bedingungen ist der gewählte Deckungsumfang laut Antrag, Versicherungsschein und eventueller Nachträge.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die versicherten Leistungsarten ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein. Die Entschädigung wird fällig, wenn unsere Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach von uns festgestellt ist. Die Auszahlung der Entschädigung erfolgt danach binnen zwei Wochen.

6. Gesamtpreis der Versicherungen (Beitrag)

Der zu entrichtende Gesamtpreis ergibt sich aus dem Umfang des von Ihnen gewählten Versicherungsschutzes und ist dem Antrag zu entnehmen. Er beinhaltet auch die Versicherungssteuer und gegebenenfalls die Ratenzahlungszuschläge. Einzelheiten zum Preis und seinen Bestandteilen entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

7. Zusätzlich anfallende Kosten

Es fallen keine weiteren Gebühren oder Kosten an, außer eventuellen Mahngebühren sowie den uns entstandenen Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines SEPA-Lastschriftinzugsverfahrens trotz erteiltem Abbuchungsauftrag. Wenn Sie uns anrufen, ein Fax oder E-Mail senden, so gelten dabei die Preise Ihres Telekommunikations- oder Mobilfunkanbieters.

8. Zahlung und Erfüllung

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig vom Bestehen des Widerrufsrechts sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag zu zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt erst mit Zahlung der geschuldeten Prämie (Erstprämie), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz ab diesem Zeitpunkt. Das gilt jedoch nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung oder die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

9. Gültigkeitsdauer von Angeboten

Den zur Verfügung gestellten Angebots- und Antragsunterlagen liegen die Beiträge, Versicherungsleistungen, Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen zugrunde, die zum Zeitpunkt der Aushändigung gelten.

Informationen zum Versicherungsvertrag

10. Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der Antrag oder falls der Vertrag im Wege des Fernabsatzgesetzes (per Telefon, per Internet) zustande kommt, Ihre diesbezügliche Vertragserklärung; unsere Willenserklärung ist der Versicherungsschein. Sie sind 14 Tage an Ihren Antrag gebunden (Antragsbindefrist). Der Vertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins bei Ihnen rechtlich zustande.

Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG

11. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr (§312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG, Bahnhofstr. 11, 97070 Würzburg.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0931/2795-290.

Einen Widerruf per E-Mail richten Sie bitte an folgende Adresse:

widerruf@wuerzburger.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrages. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung.

12. Vertragslaufzeit

Die mögliche Laufzeit des Vertrages ist dem Antrag zu entnehmen. Der Versicherungsvertrag verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsvertrages die Kündigung in Schriftform zugegangen ist. Es sei denn, es wurde vereinbart, dass der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer mit Ablauf des letzten Tages der Vertragszeit endet.

13. Beendigung des Vertrages

Der beantragte Versicherungsschutz kann unter bestimmten Voraussetzungen, ggf. auch vor Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit, von Ihnen gekündigt werden. Die entsprechenden Voraussetzungen hierfür führen wir nachstehend auf:

Kündigung nach Schaden

Nach einem ersatzpflichtigen Schadenfall haben Sie die Möglichkeit den vom Schaden betroffenen Vertrag innerhalb eines Monats nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zu kündigen. Sie können nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

Kündigung nach Risikowegfall

Fällt das versicherte Risiko nach dem Beginn der Versicherung weg, erlischt Ihr Versicherungsschutz, jedoch frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem wir Kenntnis vom Wegfall des Risikos erlangt haben.

Bitte beachten Sie für die oben genannten Punkte, dass eine etwaige Kündigung grundsätzlich in Schriftform gegenüber der Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburg, Telefax 0931. 2795-291; E-Mail: info@wuerzburger.com zu erfolgen hat.

Kündigung durch uns

Auch wir können unter bestimmten Voraussetzungen den Versicherungsvertrag kündigen. Bei der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten, nach Risikohöherung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften, bei nicht rechtzeitiger Zahlung einer Folgeprämie, bei Verletzung einer Obliegenheit, nach Eintritt eines Versicherungsfalles oder bei Gefahrerhöhung können wir den Vertrag kündigen.

14. Anwendbares Recht

Der betreffende Vertrag unterliegt in allen seinen Teilen, auch hinsichtlich aller Fragen, die das Zustandekommen, seine Wirksamkeit oder Auslegung betreffen, deutschem Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht.

15. Sprache

Für die Vertragsbedingungen, die Vorabinformationen sowie für die während der Laufzeit dieses Vertrages zu führende vertragliche Kommunikation gilt die deutsche Sprache.

16. Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Die Würzburger Versicherungs-AG ist Mitglied des Versicherungsombudsmann e.V. und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. Sie können deshalb das kostenlose und außergerichtliche Schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, wenn Sie mit einer unserer Entscheidungen nicht zufrieden sind. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Anschriften:

Versicherungsombudsmann e.V. Postfach 080632, 10006 Berlin, E-Mail:

info@versicherungsombudsmann.de, Web: www.versicherungsombudsmann.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22,

10052 Berlin, Web: www.pkv-ombudsmann.de

Online-Streitbeilegung

Von der EU-Kommission wurde eine Plattform eingerichtet, über die Sie die Möglichkeit zur außergerichtlichen Online-Streitbeilegung haben. Sie erreichen die Plattform über folgenden Link: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>