

# Allstern Privatkundenkonzept 2019

## Verbraucherinformation Unfallversicherung Exklusiv



## Allstern Privatkundenkonzept 2019

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB Allstern 2019 Exklusiv)
- Anlage und Bestandteil der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen
- Wichtige Hinweise zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Informationen gemäß Informationspflichtenverordnung für Versicherungsverträge
- Belehrung über das Widerrufsrecht

# Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Allstern ASSEKURADEUR GmbH & Co. KG

Versicherer: Zurich Insurance plc, Niederlassung für Deutschland



Unfallversicherung

Deutschland

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert gegen Risiken durch Unfallverletzungen ab.



### Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle im gesamten privaten und beruflichen Bereich. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirksames Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Wir bieten beispielsweise folgende Leistungsarten an:

#### Leistungsarten

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen)
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen
- ✓ Rückhol-, Bergungs- und Rettungskosten
- ✓ Kosmetische Operationen
- ✓ Haushaltshilfe, Tagesmutter
- ✓ Rooming-in-Leistungen
- ✓ Vorsorge für Neugeborene

Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z.B. Gelenksarthrose, Schlaganfall, Herzinfarkt)
- ✗ Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind
- ✗ ständige Pflegebedürftigkeit



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:
  - ! Unfälle durch Alkohol- oder Drogenkonsum
  - ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
  - ! Bandscheibenschäden
  - ! Unfälle, durch die aktive Teilnahme an Motorrennen.

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



## Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



## Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



## Wann und wie zahle ich?

Den ersten oder den einmaligen Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen, frühestens jedoch zum Versicherungsbeginn. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung zwischen uns kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns den Betrag überweisen oder uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



## Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag gezahlt haben. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr? Dann verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr.

Ausnahme: Sie oder wir haben den Vertrag gekündigt.



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag ebenso wie wir zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragsdauer geschehen). Ebenfalls können Sie und wir den Vertrag vorzeitig kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie Klage gegen uns auf eine Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

# Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen – Exklusiv-Deckung - (AUB ALLSTERN® 2019 Exklusiv) ALLSTERN® - Privatkundenkonzept 2019

Alle versicherungsvertraglichen Erklärungen des Versicherungsnehmers sind zu richten an ALLSTERN® - assekuradeur - GmbH & Co. KG – nachfolgend ALLSTERN® genannt –, Augustinusstr. 11 B, 50226 Frechen.

Wenn im Folgenden von „Versicherer“ gesprochen wird, ist damit auch ALLSTERN® als bevollmächtigter Dienstleister und Servicestelle gemeint.

§ 1 Der Versicherungsfall	§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst, Umstellung Kindertarif	§ 14 Anzeigen und Willenserklärungen
§ 2 Ausschlüsse	§ 7 Leistungsarten	§ 15 Verjährung
§ 3 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers	§ 8 Einschränkungen der Leistungen	§ 16 Gerichtsstände
§ 4 Vertragsdauer; Kündigung	§ 9 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles	§ 17 Änderungen von Prämien und Bedingungen
§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes; Fälligkeit von Erst- und Folgeprämien und Folgen verspäteter Zahlung; SEPA-Lastschriftverfahren; Teilzahlung; vorzeitige Beendigung; Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	§ 18 Versehensklausel
	§ 11 Fälligkeit der Leistungen	§ 19 Leistungsgarantie des GDV-Standards
	§ 12 entfällt ersatzlos	§ 20 Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse
	§ 13 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen	§ 21 Schlussbestimmungen

## § 1 Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
1. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen (mind. Pflegestufe II i. S. PflegeVG) oder geistig oder psychisch Erkrankte, deren Gesundheitsstörung so hochgradig ist, dass sie einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.
2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Nr. 1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung. Die für dauernd pflegebedürftige Personen sowie geistig oder psychisch Erkrankte seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie ist zurückzuzahlen.  
Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt und Infektionen nach Maßgabe der als Anlage beigefügten Infektionsklausel.
- III. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.  
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.  
Als Unfälle im Sinne dieses Abschnitts gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungs-

- tod sowie Gesundheitsschädigungen durch Erfrieren, letztere jedoch nur als Folge eines versicherten Unfallereignisses.
- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
    1. ein Gelenk verrenkt wird oder
    2. Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
 Als Unfall gelten auch Bauch- und Unterleibsbrüche infolge einer erhöhten Kraftanstrengung. Außerdem gelten als Unfälle:
    3. Unfälle bei Raufhändel, Schlägereien und inneren Unruhen, wenn die versicherte Person ohne Vorsatz daran teilgenommen hat.
    4. Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren und Sachen, bei denen die versicherte Person Gesundheitsschädigungen davonträgt.
    5. Unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, auch wenn Sie zur Vergiftung führen. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.
    6. Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistungen gemäß § 8 sowie die Ausschlüsse gemäß § 2 wird hingewiesen.
  - V. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
    - ein Gelenk verrenkt wird,
    - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden,
    - Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,
    - Knochenbrüche entstehen.
 und ein Invaliditätsgrad von mindestens 5 % erreicht wird. Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden sowie Bauch- und Unterleibsbrüche.
  - VI. Als Unfall gilt auch, wenn eine versicherte Person unfallbedingt einen Herzinfarkt oder/

und einen unfallbedingten Schlaganfall erleidet. Mitversichert sind gleichermaßen Unfälle infolge eines Herzinfarktes und/ oder Schlaganfalles.

## VII. Staubwolken und Säuren

In Erweiterung von § 1, IV, Ziff. 5 gelten I auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch die allmähliche Einwirkung von plötzlich ausströmenden Staubwolken und Säuren als mitversichert, soweit es sich nicht um berufsbedingte Schädigungen handelt.

## § 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

1. Unfälle durch Geistesstörungen.  
Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle (soweit die versicherte Person noch nicht an Epilepsie erkrankt war) oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, verursacht werden.  
Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen (nicht Geistesstörungen im Sinne von Satz 1), auch soweit diese durch Trunkenheit oder Medikamente, nicht jedoch durch den Gebrauch von Drogen verursacht sind, sind mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkohol unter 1,3 ‰ liegt.
2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten ist immer dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ohne Führerschein ein Kraftfahrzeug lenkt oder fährt.
3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.  
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Aus-

land überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

4. Unfälle der versicherten Person

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

b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.

c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

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

7. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Hierunter sind nicht zu verstehen Laser- und Maserstrahlen sowie energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronen-Volt oder Strahlen, die zur Diagnose oder Therapie bestehender Erkrankungen eingesetzt wurden.

8. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

9. Infektionen, soweit nicht durch die als Anlage beigefügte Infektionsklausel abgedeckt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind.

Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.

Infektionen durch Eindringen von Krankheitserregern in den Körper durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen gelten nur dann nicht als Unfallverletzungen, wenn es die einzigen Verletzungen durch das gleiche Unfallereignis sind.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Nr. 8 Satz 2 entsprechend.

10. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen sind mitversichert, ebenso Vergiftungen bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in Folge der Einführung oder Aufnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Ausgenommen sind Vergiftungen in Folge der Einführung oder Aufnahme von Alkohol.

Als Lebensmittel gelten alle im regulären Handel erhältlichen Nahrungs- und Genussmittel sowie Nahrungsergänzungsmittel.

11. Bauch- oder Unterleibsbrüche

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von § 1 III. und IV. entstanden sind.

12. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnb Blutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

13. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, sofern sie nicht nachweislich auf ein Unfallereignis im Sinne dieser Bedingungen zurückzuführen sind.

**§ 3 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers**

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für seinen Entschluss erheblich sind, den Vertrag zu dem vereinbarten Inhalt zu schließen.

Die Risikoträger (Versicherer) machen sich Antrags- und Risikofragen, die ALLSTERN® auf Antragsformularen, in Deckungsnoten, die im Geschäftsverkehr mit den Maklern verwendet werden und im Online-Antragsverfahren gestellt hat oder die der Versicherungsvermittler/Versicherungsmakler bei Ihnen gesondert erhoben hat und die an ALLSTERN® übermittelt werden, ausdrücklich zu eigen. Damit sind die Fragen so zu betrachten, als seien diese von den Versicherern gestellt worden.

Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor der Vertragsannahme des Versicherers, Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellt.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

Wird der Vertrag von dem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss der Versicherungsnehmer sich so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder diesen arglistig verschwiegen.

1. Voraussetzung und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangt.

2. Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer kann sich auf sein Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.

Ein Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nichtangezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

3. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Dem Versicherer steht der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

4. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.



Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zu der Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich auf das Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen der Anzeigenpflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer muss die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zu der Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich auf die Vertragsanpassung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung des nicht angezeigten Umstandes aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

#### 5. Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### § 4 Vertragsdauer; Kündigung

1. Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
2. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es

einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

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

Der Vertrag kann außerdem beendet werden, wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist.

Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkennnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird die Kündigung sofort nach Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird. Eine Kündigung durch den Versicherer wird einen Monat nach ihrem Zugang wirksam.

4. Der Versicherungsschutz ruht, sobald die versicherte Person 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 die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

#### § 5 Beginn des Versicherungsschutzes; Fälligkeit von Erst- und Folgeprämien und Folgen verspäteter Zahlung; SEPA-Lastschriftverfahren; Teilzahlung; vorzeitige Beendigung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, gilt:

1. a) Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung  
Der Versicherungsschutz beginnt ab dem beantragten Zeitpunkt, jeweils 0:00 Uhr, frühestens jedoch mit Ausfertigung des Versicherungsscheins für den beantragten Versicherungsvertrag.  
Die vorläufige Deckung beginnt ab dem Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbegins, frühestens jedoch mit Antragszugang bzw. Eingang der Deckungsnote bei ALLSTERN®, bei Online-Antragstellung mit Eingang der elektronischen Daten bei ALLSTERN®. Sie endet mit Ausfertigung des Versicherungsscheins. Die vorläufige Deckung kann von ALLSTERN® jederzeit ohne Einhaltung von Fristen widerrufen werden.
- b) Prämie und Versicherungssteuer  
Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.
- c) Fälligkeit der ersten oder einmaligen Prämie und Folgen verspäteter Zahlung  
Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zugang des Versicherungsscheins fällig, frühestens jedoch zum Versicherungsbeginn. Sie muss innerhalb von 14 Tagen

nach Fälligkeit gezahlt worden sein (Leistungshandlung des Versicherungsnehmers).

Dies gilt unabhängig vom Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist gemäß § 8 VVG, sofern der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und die erste oder einmalige Prämie (Einlösungsprämie) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Widerrufsfrist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

2. entfällt
3. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes  
Zahlt der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das heißt, der vorläufige Versicherungsschutz tritt ebenfalls rückwirkend außer Kraft.

Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

4. Rücktritt  
Zahlt der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Nach dem Rücktritt kann der Versicherer vom Versicherungsnehmer eine Geschäftsgebühr verlangen. Diese beträgt 40 % der Netto-Jahresprämie.
5. Fälligkeit der Folgeprämien und Folgen verspäteter Zahlung

- a) Fälligkeit der Zahlung  
Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig und müssen innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit gezahlt worden sein (Leistungshandlung des Versicherungsnehmers).

- b) Verzug  
Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.

Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

- c) Zahlungsaufforderung  
Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge (Prämie, Zinsen und Kosten) im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die

nach Buchstaben d) und e) mit dem Fristablauf verbunden ist.

d) Kein Versicherungsschutz

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Buchstabe c) darauf hingewiesen wurde.

e) Kündigung

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Buchstabe c) darauf hingewiesen hat.

Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

6. SEPA-Lastschriftverfahren

a) Rechtzeitige Zahlung

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto im Rahmen eines SEPA-Lastschriftmandats vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in der Prenotification genannten Termin eingelöst und nicht zurückgebucht wird.

Könnte die fällige Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

b) Beendigung des SEPA-Lastschriftmandats

Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer das Lastschriftmandat widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

c) Verwendet der Zahlungsempfänger eine bereits erteilte Einzugsermächtigung zulässigerweise als SEPA-Lastschriftmandat, gelten die Bestimmungen der Buchstaben a) und b) entsprechend.

7. Teilzahlung und Folgen verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist.

Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.

8. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur An-

spruch auf den Teil der Prämie, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

9. Im Fall des § 4 Nr. 4 wird die Pflicht zur Prämienzahlung unterbrochen.

10. Prämienbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit

– Sofern der Versicherungsnehmer seinen dauernden Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, wird der Versicherungsnehmer für den Fall unverschuldeter Arbeitslosigkeit im Sinne des Arbeitsförderungsrechts für deren Dauer max. jedoch für 12 Monate von der Prämienzahlung für diese Versicherung befreit. Voraussetzung ist, dass die Arbeitslosigkeit frühestens sechs Monate nach Beginn dieser Versicherung eingetreten ist (Wartezeit), es sich um eine Arbeitslosigkeit von mindestens sechs Wochen handelt und die Versicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitslosigkeit noch nicht gekündigt wurde.

– Der Anspruch auf Prämienbefreiung setzt des Weiteren voraus, dass der Versicherungsnehmer als Arbeitnehmer vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden gestanden hat und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer als Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Auszubildender, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnebetriebes oder beim Ehepartner oder einem in direkter Linie Verwandten beschäftigt war. Ebenfalls kein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht, wenn bei Versicherungsbeginn dieser Versicherung bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war.

– Der Anspruch auf Prämienbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht erneut, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die Voraussetzungen der Bestimmungen dieser Ziff. 34 erneut erfüllt sind.

– Das Vorliegen der hier genannten Voraussetzungen muss durch entsprechende Bescheinigungen des zuständigen Arbeitsamtes und des Arbeitgebers nachgewiesen werden.

– Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit muss der Versicherungsnehmer vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit sämtliche vorstehende Voraussetzungen für die Prämienbefreiung erneut erfüllt haben.

– Der Anspruch auf Prämienbefreiung ist unverzüglich nach Kenntnisnahme des Versicherungsnehmers vom Eintritt seiner Arbeitslosigkeit schriftlich von diesem geltend zu machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen beginnt die Prämienbefreiung mit dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang der schriftlichen Anzeige der Arbeitslosigkeit beim Versicherer. Sie endet

mit Ablauf des Monats, indem die Arbeitslosigkeit endet. Der Beginn der Prämienbefreiung wird durch den Versicherer schriftlich bestätigt.

Bis dahin sind die Versicherungsprämien bedingungsgemäß vom Versicherungsnehmer zu entrichten; überzahlte Prämien werden taggenau abgerechnet und zurück erstattet.

Über das Ende der Arbeitslosigkeit muss der Versicherungsnehmer den Versicherer unverzüglich schriftlich informieren. Er ist verpflichtet, dem Versicherer jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Die Prämienbefreiung tritt mit Ende des Kalendermonats, in dem der Versicherer die Nachweise angefordert hat, außer Kraft, wenn ihm in einem solchen Fall die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird.

**§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung; Wehrdienst; Umstellung Kindertarif**

1. Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Prämien ist die geltende Gefahrengruppeneinstufung des Versicherers gemäß Antrag.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person sind daher unverzüglich mitzuteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reservierungen fallen nicht darunter.

2. Errechnen sich bei gleichbleibender Prämie 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 der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

3. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer den Vertrag mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhter oder gesenkter Prämie weiter, sobald dem Versicherer die Erklärung des Versicherungsnehmers zugeht.

4. Unterbleibt bei Kindern nach Erreichung der Volljährigkeit versehentlich die Anzeige zur Umstellung auf den Erwachsenentarif, so zieht dies keine nachteiligen Folgen für den Versicherungsnehmer nach sich. Die Prämienberichtigung erfolgt nachträglich, und zwar ab Vollendung des 18. Lebensjahres.

**§ 7 Leistungsarten**

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

1. Invaliditätsleistung

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten

ten Person, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 9 Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.

a) Als feste Invaliditätsgrade gelten - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität - bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes im Schultergelenk	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
einer Hand im Handgelenk	75 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
alle Finger einer Hand	75 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	75 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	65 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	65 %
eines Fußes im Fußgelenk	50 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	5 %
eines Auges	60 %
beider Augen	100 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Gehörs beider Ohren	80 %
sofern das Gehör des einen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	
des Geruchs	15 %
des Geschmacks	15 %
des vollständigen Stimmverlustes durch direkte Unfalleinwirkung auf das Stimmorgan	100 %
einer Niere	20 %
beider Nieren	100 %
der Milz.	10 %

b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.

c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach Nr. 2 ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen.

3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach Nr. 2 zu bemessen.

4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

5. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder gleichgültig, aus welcher Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach Nr. 1 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

6. Erhöhte Invaliditätsgrundsumme bei Tragen eines Schutzhelms

§ 7, I AUB-Exclusiv wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person erleidet einen Unfall, durch den ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung nach § 7, I AUB-Exclusiv entsteht; sie hat bei Eintritt des Unfalls das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet und hat zum Zeitpunkt des Unfalls einer bestehenden Helmpflicht entsprochen. Auf das Bestehen einer Helmpflicht wird bei einem Unfall im Zusammenhang mit dem Fahren eines Fahrrades oder beim Skifahren (Ski Alpin oder Skilaufen) verzichtet.

2. Art und Höhe der Leistung

Die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Invaliditätsgrundsumme wird um 10 % erhöht.

7. Verdoppelung der Invaliditätsleistung für Kinder bis 16 Jahren von Eigentümern von Privatimmobilien

§ 7, I AUB-Exclusiv wird wie folgt erweitert:

1. Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die versicherte Person erleidet einen Unfall, durch den ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung nach § 7, I AUB-Exclusiv aufgrund eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 % entsteht. Weiterhin darf die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.2 Des Weiteren sind Sie und/oder Ihr mitversicherter Ehegatte/Lebenspartner Eigentümer einer eigengenutzten Privatimmobilie.

II. Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person von mindestens 50%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person zusätzlich die im Versicherungsschein festgelegte Unfall-Rente gezahlt.

Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen des § 7 I. Nrn. 2 und 3, wobei für die Unfallrente die Gliedertaxe nach § 7 I. Nr. 2 wie nachfolgend ersetzt wird.

Der Invaliditätsgrad kann gemäß § 11 IV. auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich, längstens bis

zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Als feste Invaliditätsgrade gelten - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität - bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchssinns	10 %
des Geschmackssinns	5 %

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Für die Unfall-Rente findet § 8 keine Anwendung.

Eventuell zu § 7 I. vereinbarte progressive Invaliditätsstufen, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Unfall-Rente unberücksichtigt.

2. Die Unfall-Rente 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

a) die versicherte Person stirbt oder

b) der Versicherer dem Versicherungsnehmer mitteilt, dass eine nach Nr. 1. Satz 2 oder 3 dieser Bedingungen vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 Prozent gesunken ist.

3. Nach einem Schadenfall bleibt die Versicherung der Unfall-Rente weiter bestehen.

Sobald feststeht, dass eine Unfall-Rente gezahlt wird, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Einschluss der Unfall-Rente für die betroffene Person mit sofortiger Wirkung oder zum Ende des Versicherungsjahres zu kündigen.



### III. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Führt der Unfall zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen

1. Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
2. Amputation mindestens eines Fußes im unteren Sprunggelenk oder einer Hand im Handgelenk
3. Schädel-Hirn-Trauma mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
4. Schwere Mehrfachverletzung / Polytrauma
5. Fraktur langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Ober- und Unterarmknochen, Ober- und Unterschenkelknochen)
6. gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen
7. Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
  - Fraktur eines langen Röhrenknochens
  - Fraktur des Beckens
  - Fraktur der Wirbelsäule
  - gewebezerstörende Schäden eines inneren Organs
8. Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche
9. Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5% Restsehschärfe beider Augen)

wird einmalig eine Leistung in Höhe von 10% der Invaliditätssumme, maximal € 10.000, gezahlt.

Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall innerhalb von 48 Stunden zum Tode führt.

### IV. Übergangsleistungen

1. Besteht nach Ablauf von drei Monaten seit Eintritt des Unfalls ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von 100 % und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird ein Viertel der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch gemäß Nr. 2 angerechnet.
2. Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalls ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mindestens 50% und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht, abzüglich der gemäß Nr. 1 schon erbrachten Leistung. Zur Geltendmachung wird auf § 9 Nr. 6 verwiesen.
3. Die versicherte Übergangsleistung ist bei den in Ziff. III. genannten Verletzungen bis maximal € 10.000 sofort fällig, es sei denn der Unfall führt innerhalb von 48 Stunden zum Tode. Dieser Betrag wird nicht auf einen Anspruch gemäß Nr. 1 und Nr. 2 angerechnet.

### V. Krankenhaustagegeld

1. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich die versicherte Person wegen des Unfalles in medizinisch

notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaustagegeld bezahlt, wenn der Aufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials dient.

2. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Erholungsheimen und Kuranstalten. Bei Aufenthalt in Sanatorien wird längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50 % des versicherten Krankenhaustagegeldes übernommen. Diese Regelung hat jedoch nur dann Gültigkeit, wenn der Sanatoriumsaufenthalt unmittelbar an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt anschließt.
3. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die Dauer von 21 Tagen, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

### VI. Genesungsgeld

1. Genesungsgeld wird - sofern im Versicherungsschein vereinbart - für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für zwei Jahre, und zwar in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes
2. Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
3. Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

### VII. a) Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 9 Nr. 7 verwiesen.

b) Doppelte Todesfalleistung bei Tod beider Elternteile

§7, VII a AUB-Exclusiv wird wie folgt erweitert:

#### 1. Voraussetzungen für die Leistung

Beide versicherten Elternteile werden durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt und in ihrem Haushalt lebt mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind, das bei Eintritt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

#### 2. Art und Höhe der Leistung

Die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Todesfalleistung beider versicherten Elternteile wird in doppelter Höhe gezahlt. Errechnet sich jedoch unter Berücksichtigung aller Bestimmungen eine Leistung, die mehr als € 25.000 beträgt, so werden max. € 25.000 gezahlt.

### VIII. Kosmetische Operationen

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für
  - Arzthonorare
  - sonstige Kosten der kosmetischen Operation

- Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik

deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.

Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden insoweit übernommen, als es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von Schneide- oder Eckzähnen handelt.

2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
4. Die Versicherungssumme beträgt € 20.000.

### IX. Bergungskosten und sonstige Leistungen

1. Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringt der Versicherer die unter a) bis f) genannten Leistungen, deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.

a) Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;

Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

b) Ersatz der Kosten für den Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit ärztlich angeordnet;

c) Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;

d) Ersatz der zusätzlichen Heimfahrt oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person;

e) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland Ersatz der Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland Ersatz der Kosten

- für die Bestattung im Ausland oder
- für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

f) Ersatz der Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer nach einem Tauchunfall.

2. Bestehen für die versicherte Person bei einem der beteiligten Versicherer Unfallversicherungen, können mitversicherte sonstige Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.

4. Die Versicherungssumme beträgt € 20.000.

#### X. Rückholkosten

Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt am Unfallort bis zu einem Betrag von € 20.000 die entstandenen Kosten für den Rücktransport in ein Krankenhaus des Heimatortes oder in die Nähe des Heimatortes.

#### XI. Kurkostenbeihilfe

Hat die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignis wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen, eine medizinisch notwendige Kur durchführen lassen, so wird eine Kurbeihilfe in Höhe von € 5.000 geleistet. Die Voraussetzungen müssen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund stehen.

Die Kurbeihilfe wird nur einmal je Unfallereignis geleistet.

#### XII. Behinderungsgerechte Umbaukosten

1. Erleidet die versicherte Person unfallbedingt nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen eine Invalidität und erfordert die Behinderung im täglichen Leben den behindertengerechten Umbau des Hauptwohnsitzes oder den Umzug in ein anderes behindertengerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung oder den Umbau eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Kraftfahrzeug, so werden die Kosten hierfür nach Vorlage eines ärztlichen Attests dieser Notwendigkeit unter Berücksichtigung der Mitwirkung von vor dem Unfallereignis vorhandener Krankheit oder Gebrechen ersetzt.

2. Die entstehenden Kosten für Umbauten oder Umzug werden bis 10 % der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt, maximal jedoch bis zur Höhe von € 10.000, zusammen mit einer evtl. Invaliditätsentschädigung jedoch nur im Rahmen der Gesamtversicherungssumme für Invalidität.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln sowie sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei der Berechnung der Entschädigung unberücksichtigt.

3. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten oder besteht Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers oder

einer privaten Krankenversicherung, so werden die restlichen Kosten, nach Vorleistung der Übrigen zur Leistung Verpflichteten, gezahlt.

Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, so bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

#### XIII. Umschulungskosten

1. Erleidet die versicherte Person unfallbedingt nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen eine Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % unter Berücksichtigung der Mitwirkung von vor dem Unfallereignis vorhandener Krankheiten oder Gebrechen und ist dadurch nicht mehr in der Lage, ihren Beruf ganz oder teilweise weiter auszuüben, so werden die Kosten für eine Umschulungsmaßnahme in einen anderen Beruf, der auch nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität in vollem Umfang ausgeübt werden kann, ersetzt.

Es ist eine ärztliche Bescheinigung beizubringen über die voraussichtliche dauerhafte Unfähigkeit, den derzeit ausgeübten Beruf ganz oder teilweise ausüben zu können sowie die Bescheinigung, dass auch nach der unfallbedingten Invalidität eine uneingeschränkte Einsatzfähigkeit in dem angestrebten Beruf möglich ist. Als voraussichtlich dauerhaft gilt ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten.

2. Die nachgewiesenen Kosten für die Umschulungsmaßnahme werden bis zur Höhe von insgesamt 10 % der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität, maximal jedoch bis € 10.000 gezahlt, zusammen mit einer evtl. Invaliditätsentschädigung jedoch nur im Rahmen der Gesamtversicherungssumme für Invalidität. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffel sowie sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei der Berechnung der Entschädigung unberücksichtigt. Erstattungsfähig sind lediglich die Kosten für die Umschulungsmaßnahme selbst (z.B. Lehrgangs- oder andere Kosten des durchführenden Bildungsträgers), nicht jedoch erhöhte Fahrtkosten, separat zu zahlende Unterbringungskosten usw.

3. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, oder besteht Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers oder einer Berufsunfähigkeitsversicherung, so werden die restlichen Kosten nach Vorleistung der übrigen zu Zahlung Verpflichteten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, so bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

#### XIV. Haushaltshilfe, Tagesmutter

1. Erleidet eine versicherte Person, die ein Kind im Alter bis zu 14 Jahren erzieht und außerhalb der üblichen Zeit des Besuchs eines Kindergartens oder einer Schule versorgt, eine unfallbedingte Verletzung, die einen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 21 Tagen erfordert, so werden die Kosten für eine Haushaltshilfe oder die Versorgung des Kindes durch eine Tagesmutter pauschal entschädigt.

2. Die Pauschale wird gezahlt in Höhe des als Krankenhaustagegeld versicherten Betrages

für jeden Tag der Beschäftigung einer Haushaltshilfe oder einer Tagesmutter ab dem 22. Tag des Krankenhausaufenthaltes des versorgenden Elternteils, maximal jedoch € 50 je Tag für höchstens 100 Tage.

3. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten oder besteht Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, so werden die restlichen Kosten nach Vorleistung des zur Zahlung Verpflichteten bis zur Höhe des entschädigungspflichtigen Tagesatzes gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, so bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

#### XV. Versorgung des Partners und der mitversicherten Kinder

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner während der Vertragsdauer, so wird die Versicherung ab dem Todestag für den überlebenden mitversicherten Ehe-/Lebenspartner mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen für zwei Jahre prämiengreif weitergeführt.

Die Prämienbefreiung gilt auch für mitversicherte Kinder bis zu deren vollendetem 18. Lebensjahr, sofern der Versicherungsnehmer und der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, die Versicherung nicht gekündigt war und der Tod nicht durch Kriegs-/Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde.

Versterben sowohl der Versicherungsnehmer als auch der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner, wird der amtlich bestellte gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer.

#### XVI. Vorsorge für Neugeborene

Für neugeborene Kinder eines versicherten Elternteils besteht ab Vollendung der Geburt für das erste Lebensjahr im Rahmen dieser Bedingungen Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall, wenn für den versicherten Elternteil eine Invaliditätssumme vereinbart ist.

Die Versicherungsleistung beträgt 30 % aus der vereinbarten Invaliditätssumme. Sind beide Elternteile über den Vertrag versichert, wird die Versicherungsleistung aus der höheren Invaliditätssumme berechnet. Die Höchstinvaliditätssumme beträgt jedoch € 50.000.

Der Versicherungsschutz erlischt rückwirkend, wenn das Kind nicht spätestens innerhalb von 12 Monaten nach dem Tag der Geburt zur Weiterversicherung innerhalb des Vertrages angemeldet wird.

#### XVII. Rooming-in-Leistung

Befindet sich ein versichertes Kind nach dem Unfall im Sinne des § 1 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter (ärztlich gewollt und genehmigt) mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss von € 50 für maximal 30 Tage gezahlt.

#### XVIII. Nachhilfegeld

Erleidet ein versichertes Kind bis zum vollendetem 18. Lebensjahr eine unfallbedingte Verletzung, die einen stationären Kranken-

hausaufenthalt von mehr als 21 Tagen notwendig macht, oder die zu einer ärztlich festgestellten und von der Schule bescheinigten Schulunfähigkeit führt, so wird für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes oder der ärztlich festgestellten und bescheinigten Schulunfähigkeit ein Nachhilfegeld in Höhe des versicherten Krankenhaustagesgeldes gezahlt, maximal jedoch € 3.000 insgesamt. Die Durchführung des Nachhilfeunterrichts ist von einer zum Lehramt befähigten Person oder einer entsprechenden Einrichtung zu bescheinigen.

#### XIX. Kosten für medizinische Hilfsmittel

##### Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person werden, nachdem sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden, Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

#### § 8 Einschränkungen der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 50 % beträgt.

#### § 9 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfällen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn die versicherte Person den Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die versicherte Person ist zur Schadenminderung verpflichtet.

2. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

3. Die versicherte Person hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.

Zu 1. - 3.

Die Bestimmungen über die Obliegenheiten sind dahingehend erweitert, als durch unbeabsichtigte Verzögerungen weder dem Versicherungsnehmer noch der versicherten Person Nachteile erwachsen. Die Anzeigen sollen aber so unverzüglich wie möglich erfolgen.

4. Die versicherte Person hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer. Wird bei Selbstständigen der Lohnausfall

nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1,5 % der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch € 250 beträgt.

Als Selbstständige gelten Gewerbetreibende, selbstständige Land- und Forstwirte, Freiberufler, sowie Geschäftsführer oder Vorstandsmitglieder von Kapitalgesellschaften, letztere aufgrund ihrer Unternehmerstellung.

5. Die Ärzte, die die versicherte Person auch aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

6. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

7. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so gilt die Meldefrist von einer Woche ab Kenntniserlangung des Versicherungsnehmers bzw. des Bezugsberechtigten. Die Meldung soll in Textform erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Der Versicherer wird sich auf diese Frist nur dann berufen, wenn die Frist schuldhaft versäumt wurde und dem Versicherer dadurch die zur Feststellung der Todesursache notwendigen Nachforschungen unmöglich gemacht werden.

#### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird nach Eintritt des Unfalles eine zu erfüllende Obliegenheit nach § 9 vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, 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 der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

#### § 11 Fälligkeit der Leistungen

1. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu

erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.

Die Kosten, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, werden ohne Begrenzung ersetzt.

2. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.

4. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

5. Abweichend von Nr. 4 wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von 3 Jahren auf 5 Jahre verlängert.

#### § 12 entfällt ersatzlos

#### § 13 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

1. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

2. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

3. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

#### § 14 Anzeigen und Willenserklärungen

1. Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind die für den Versicherer bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber dem Versicherer erfolgen, in Textform abzugeben. Erklärungen und Anzeigen sind an die in den Schlussbestimmungen unter II. genannte Stelle zu richten. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben unberührt.



- Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für eine Namensänderung des Versicherungsnehmers.

#### § 15 Verjährung

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

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers in Textform zugeht.

#### § 16 Gerichtsstände

- Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

#### § 17 Änderung von Prämien und Bedingungen

- Sollte die Versicherung über das 70. Lebensjahr hinaus weiter fortgeführt werden, erhöht sich die zu zahlende Prämie um 25 %, ohne dass es einer Vertragsänderung bedarf. Die Prämienhöhung ist dem Versicherungsnehmer spätestens 3 Monate vor Vertragsabschluss schriftlich bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers oder des Bevollmächtigten nach § 21 I. zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- Der Versicherer ist berechtigt, die Tarifprämie mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge, auch soweit für diese erweiterter Versicherungsschutz vereinbart ist, zum Vertragsabschluss der Schaden- und Kostenentwicklung anzupassen, um das bei Vertragsabschluss angestrebte Gleichgewicht von Leistung (Gewährung von Versicherungsschutz) und Gegenleistung (Zahlung der Versicherungsprämie) wieder herzustellen. Die Anpassung wird zum Ablauf des Versicherungsvertrages wirksam; sie darf die im Zeitpunkt der Änderung geltende Tarifprämie nicht übersteigen. Die Prämienhöhung ist dem Versicherungsnehmer spätestens drei Monate vor Vertragsabschluss schriftlich bekannt zu geben.

- Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassung der Tarifprämie nach Nr. 2 die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers oder des Bevollmächtigten gem. § 21 II. zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.

Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.

#### 3. Bedingungsänderungen

Werden die Allgemeinen und, soweit zutreffend, Besonderen Versicherungsbedingungen für gleichartigen Versicherungsschutz, wie im Versicherungsschein bezeichnet, zukünftig geändert, so gelten diese Bedingungen automatisch und mit dem Tag ihrer Einführung auch für bestehende Versicherungsverträge mit anderen Bedingungswerken, ohne dass es hierzu einer Vertragsänderung bedarf. Soweit nach den neuen Bedingungswerken Versicherungsschutz optional gegen Mehrprämie geboten wird, ist dieser Versicherungsschutz nicht automatisch vereinbart, sondern bedarf einer Vertragsänderung.

Im Übrigen wird im Schadenfall eine „Günstigerprüfung“ vorgenommen. D. h., es gelten die jeweils günstigeren Bedingungsregelungen im Vergleich zwischen dem bei Vertragsabschluss bzw. letzter Vertragsänderung vereinbarten Bedingungswerk und den neuesten Bedingungen, um eine Benachteiligung des Versicherungsnehmers oder der (mit)versicherten Personen auszuschließen.

#### § 18 Versehensklausel

Unterlässt der Versicherungsnehmer eine ihm obliegende Anzeige oder gibt er fahrlässig die Anzeige unrichtig ab oder unterlässt er fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, besteht weiterhin Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach dem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen ein Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so hat der Versicherungsnehmer den Zuschlagsprämie ab dem Zeitpunkt zu entrichten, an dem der Umstand eingetreten ist.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das die Leistungspflicht des Versicherers nicht, es sei denn, der Versicherer weist nach, dass es sich hierbei nicht um ein Versehen seitens des Versicherungsnehmers handelt und dieser nach Erkennen die Anzeige nicht unverzüglich nachgeholt hat bzw. die Obliegenheit nicht unverzüglich erfüllt hat.

#### § 19 Leistungsgarantie des GDV-Standards

Der Versicherer garantiert, dass bei Vereinbarung dieser Versicherung die bei Eintritt des Versicherungsfalles zu erbringenden Leistungen mindestens dem Versicherungsumfang der zu diesem Zeitpunkt vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) unverbindlich bekannt gegebenen Musterbedingungen zur Unfallversicherung entsprechen, sofern diese nicht den Zeichnungsrichtlinien des Versicherers widersprechen.

#### § 20 Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse

Der Versicherer garantiert, dass seine Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse, Initiativkreis deutscher Versicherungsmakler GbR, vom Februar 2010 erfüllen.

#### § 21 Schlussbestimmung

- Soweit in den Versicherungsbedingungen nicht Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Dies gilt insbesondere für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen Inhalt des Versicherungsvertrages sind.

II. 1. ALLSTERN® - assekuradeur - GmbH & Co. KG, Augustinusstraße 11 B, 50226 Frechen, (ALLSTERN®), schließt als Abschlussagent Sach-, Haftpflicht- und Unfallversicherungen nach den „ALLSTERN® - Privatkundenkonzepten“ im Namen und für Rechnung des jeweiligen ALLSTERN®-Vertragspartners für die „ALLSTERN® - Privatkundenkonzepte“ ab.

2. ALLSTERN® hat mit einem Versicherer die Rahmenbedingungen für die „ALLSTERN® - Privatkundenkonzepte“ vereinbart. Dieser ist damit Vertragspartner des ALLSTERN®. Der Vertragspartner hat im Innenverhältnis mit den von ALLSTERN® benannten Versicherungsgesellschaften einen Konsortialvertrag geschlossen und die Konsortialführung übernommen (Innenkonsortium).

Alleiniger Vertragspartner des Versicherungsnehmers ist der Versicherer, der gleichzeitig Konsortialführer des Innenkonsortiums ist. Der Versicherungsnehmer kann seine Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich gegenüber dem Konsortialführer geltend machen.

3. ALLSTERN® obliegt die Feder- und Geschäftsführung für die „ALLSTERN® - Privatkundenkonzepte“. ALLSTERN® ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers für den Vertragspartner (Konsortialführer) entgegen zu nehmen und mit Wirkung für und gegen den Vertragspartner abzugeben. ALLSTERN® ist weiter bevollmächtigt, Versicherungsscheine, Nachträge und Realrechtsbestätigungen (Sicherungsscheine) mit den versicherungstechnischen Angaben und Angaben zum Versicherungsumfang auszustellen, das Prämieninkasso einschließlich des Mahnverfahrens, die gesamte Vertragsverwaltung durchzuführen und Schäden zu regulieren.

4. ALLSTERN® hat bei Beendigung der vertraglichen Vereinbarungen mit dem Vertragspartner (Konsortialführer) das bedingungsgemäße Recht, den Vertragspartner durch einen anderen Versicherer zu ersetzen, sofern Prämien und Versicherungsbedingungen unverändert fortbestehen. Eine entsprechende Einwilligungserklärung hat der Versicherungsnehmer bei Antragstellung abzugeben. Einer weiteren Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers bedarf es hierzu nicht.



Welcher Versicherer Vertragspartner der ALLSTERN® und des Versicherungsnehmers zum jeweiligen Zeitpunkt ist, ergibt sich jeweils aus der aktuellen Prämienrechnung.

Auf Nachfrage wird ALLSTERN® den jeweiligen Vertragspartner mit der ladungsfähigen Anschrift und den gesetzlichen Vertretern auch schriftlich benennen.

Der Versicherungsnehmer hat bei einem Wechsel des Versicherers das Recht, die Aufhebung des Versicherungsvertrages zu verlangen. Dieses Recht muss unverzüglich ausgeübt werden, nachdem der Versicherungsnehmer von dem Versichererwechsel in Kenntnis gesetzt wurde.

### III. Sanktionsklausel

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieser Bedingungen gewährt der Versicherer aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise leistet keine Zahlungen und gewährt keine sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zugunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

## Anlage und Bestandteil der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB ALLSTERN® 2019 Classic und AUB ALLSTERN® 2019 Exklusiv) ALLSTERN® - Privatkundenkonzept 2019

I. Infektionsklausel	IV. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 300%	VII. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500%
II. Erweiterte Infektionsklausel für Ärzte und medizinisches Hilfspersonal	V. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350%	VIII. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit Mehrleistung ab 70%
III. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225%	VI. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 400%	IX. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit Mehrleistung ab 90%

Soweit im Versicherungsvertrag vereinbart, gelten die folgenden Klauseln und Besonderen Bedingungen ergänzend zu den Unfallversicherungs-Bedingungen im ALLSTERN® - Privatkundenkonzept 2019 (AUB-ALLSTERN® 2019 Classic und AUB-ALLSTERN® 2019 Exklusiv).

### I. Infektionsklausel

In Ergänzung und teilweiser Abänderung des § 2 Nr. 9 AUB-ALLSTERN® 2019 Classic bzw. AUB-ALLSTERN® 2019 Exklusiv) gilt als Versicherungsfall im Sinne des § 1 AUB-ALLSTERN® 2019 Classic bzw. Exklusiv auch eine erstmalige Infizierung mit einem Erreger der folgenden Infektionen:

- Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlaf-/Tsetse-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus, Windpocken sowie Borreliose.
- Einer erstmaligen Infizierung gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen die in Absatz a) aufgeführten Infektionen, wenn die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt, wobei als Impfschaden eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung gilt.
- Erfolgt trotz Schutzimpfung eine erstmalige Infizierung, so liegt gleichwohl ein Versicherungsfall nach Absatz a) vor.

### A Nur gültig zu AUB-ALLSTERN® 2019 CLASSIC

#### Leistungsumfang

Die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf die unter I. a) aufgeführten Infektionen beschränkt sich auf die Leistungsarten Invalidität und Tod gemäß den Bestimmungen des § 7 I. und 7 VII. der AUB-ALLSTERN® 2019 Classic, soweit diese im Versicherungsvertrag vereinbart sind.

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht jedoch nur dann, wenn sich nach den Bestimmungen des § 7 I. Nr. 2 und Nr. 3 AUB-ALLSTERN® 2019 Classic und - sofern andere Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt haben - unter entsprechender Berücksichtigung des § 8 AUB -ALLSTERN® Classic 2019 ein Invaliditätsgrad von mehr als 20 % ergibt.

Bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 20 % besteht der Anspruch auch für die ersten 20 % der Invalidität.

#### Beginn des Versicherungsschutzes

In Abänderung des § 5 Ziff. 1. a) AUB-ALLSTERN® 2019 Classic beginnt der Versicherungsschutz für den erweiterten Einschluss der unter I. Punkt a) aufgeführten Infektionen erst nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat ab Versicherungsbeginn. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeit eingetreten sind, besteht keine Leistungspflicht des Versicherers.

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt.

#### Besondere Obliegenheiten bei den zusätzlich versicherten Gefahren

Das Vorliegen einer unter den erweiterten Versicherungsschutz fallenden Infektion ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung von Laborbefunden nachzuweisen.

Für Fristen und Obliegenheiten gelten im Übrigen die Bestimmungen der AUB-ALLSTERN® 2019 Classic entsprechend.

### B Nur gültig zu AUB-ALLSTERN® 2019 EXCLUSIV

#### Leistungsumfang

Die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf die unter I. a) aufgeführten Infektionen beschränkt sich auf die Leistungsarten Invalidität und Tod gemäß den Bestimmungen des § 7 I. und 7 VII. der AUB-ALLSTERN® 2019 Exklusiv, soweit diese im Versicherungsvertrag vereinbart sind.

#### Beginn des Versicherungsschutzes

In Abänderung des § 5 Ziff. 1. a) AUB-ALLSTERN® 2019 Exklusiv beginnt der Versicherungsschutz für den erweiterten Einschluss der unter I. Punkt a) aufgeführten Infektionen erst nach Ablauf einer Wartezeit von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeit eingetreten sind, besteht keine Leistungspflicht des Versicherers.

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt.

#### Besondere Obliegenheiten bei den zusätzlich versicherten Gefahren

Das Vorliegen einer unter den erweiterten Versicherungsschutz fallenden Infektion ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung von Laborbefunden nachzuweisen.

Für Fristen und Obliegenheiten gelten im Übrigen die Bestimmungen der AUB-ALLSTERN® 2019 Exklusiv entsprechend.

Soweit im Versicherungsvertrag vereinbart, gelten die folgenden Klauseln und Besonderen Bedingungen ergänzend zu den Unfall-Versicherungsbedingungen im ALLSTERN® - Privatkundenkonzept 2019.

## II. Erweiterte Infektionsklausel für Ärzte und medizinisches Hilfspersonal

Für Unfallversicherungen von Ärzten, Zahnärzten, Zahn-Technikern, Heilpraktikern und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem medizinischen Hilfspersonal (Arzthelfer(innen), medizinisch-technische Assistent(innen), Krankenpfleger(innen) und Krankenschwestern etc.) gilt folgendes:

„In Ergänzung und teilweiser Abänderung des § 2 Ziff. 9 der Unfall-Versicherungsbedingungen

ALLSTERN® 2019 Classic (AUB-ALLSTERN® 2019 Classic) bzw des § 2 Ziff. 9 der Unfall-Versicherungsbedingungen ALLSTERN® 2019 (AUB-ALLSTERN® 2019 Exklusiv) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine

Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.“

## III. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225%

Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

### Hilfstabelle zur Entschädigungsberechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Nach den "Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel" wird die Entschädigung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der doppelten oder dreifachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsentschädigung.

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	27	41	57	56	93	71	138	86	183
27	29	42	59	57	96	72	141	87	186
28	31	43	61	58	99	73	144	88	189
29	33	44	63	59	102	74	147	89	192
30	35	45	65	60	105	75	150	90	195
31	37	46	67	61	108	76	153	91	198
32	39	47	69	62	111	77	156	92	201
33	41	48	71	63	114	78	159	93	204
34	43	49	73	64	117	79	162	94	207
35	45	50	75	65	120	80	165	95	210
36	47	51	78	66	123	81	168	96	213
37	49	52	81	67	126	82	171	97	216
38	51	53	84	68	129	83	174	98	219
39	53	54	87	69	132	84	177	99	222
40	55	55	90	70	135	85	180	100	225

## IV. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 300%

Anstelle der für den Invaliditätsfall versicherten Summe werden für die Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme.

### Hilfstabelle zur Entschädigungsberechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Nach den "Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel" wird die Entschädigung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der dreifachen oder vierfachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsentschädigung.

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	45	85	64	156	83	232
27	31	46	88	65	160	84	236
28	34	47	91	66	164	85	240
29	37	48	94	67	168	86	244
30	40	49	97	68	172	87	248
31	43	50	100	69	176	88	252
32	46	51	104	70	180	89	256
33	49	52	108	71	184	90	260
34	52	53	112	72	188	91	264
35	55	54	116	73	192	92	268
36	58	55	120	74	196	93	272
37	61	56	124	75	200	94	276
38	64	57	128	76	204	95	280
39	67	58	132	77	208	96	284
40	70	59	136	78	212	97	288
41	73	60	140	79	216	98	292
42	76	61	144	80	220	99	296
43	79	62	148	81	224	100	300
44	82	63	152	82	228		

## V. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350%

Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

### Hilfstabelle zur Entschädigungsberechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Nach den "Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel" wird die Entschädigung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der dreifachen oder fünffachen Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsentschädigung.

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	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

## VI. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 400%

Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis zur sechsfachen Invaliditätssumme (siehe Tabelle).

### Hilfstabelle zur Entschädigungsberechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Nach den "Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel" wird die Entschädigung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade bis zum sechsfachen der Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsentschädigung.

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	28	45	85	64	177	83	288
27	31	46	88	65	182	84	294
28	34	47	91	66	188	85	300
29	37	48	94	67	193	86	306
30	40	49	97	68	199	87	312
31	43	50	100	69	204	88	318
32	46	51	105	70	210	89	324
33	49	52	111	71	215	90	330
34	52	53	116	72	221	91	337
35	55	54	122	73	226	92	344
36	58	55	127	74	234	93	351
37	61	56	133	75	240	94	358
38	64	57	138	76	245	95	365
39	67	58	144	77	250	96	372
40	70	59	149	78	256	97	379
41	73	60	155	79	263	98	386
42	76	61	160	80	270	99	393
43	79	62	166	81	276	100	400
44	82	63	171	82	282		



## VII. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500%

Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die bis zur achtfachen Invaliditätssumme (siehe Tabelle).

	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
	26	28	45	85	64	184	83	330
	27	31	46	88	65	190	84	340
	28	34	47	91	66	196	85	350
	29	37	48	94	67	202	86	360
	30	40	49	97	68	208	87	370
	31	43	50	100	69	214	88	380
	32	46	51	106	70	220	89	390
	33	49	52	112	71	226	90	400
	34	52	53	118	72	232	91	410
	35	55	54	124	73	238	92	420
	36	58	55	130	74	244	93	430
	37	61	56	136	75	250	94	440
	38	64	57	142	76	260	95	450
	39	67	58	148	77	270	96	460
	40	70	59	154	78	280	97	470
	41	73	60	160	79	290	98	480
	42	76	61	166	80	300	99	490
	43	79	62	172	81	310	100	500
	44	82	63	178	82	320		

### Hilfstabelle zur Entschädigungsberechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Nach den "Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel" wird die Entschädigung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade bis zum achtfachen der Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsentschädigung.

## VIII. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen ab 70%

§ 7 I. der „Unfallversicherungs-Bedingungen im ALLSTERN® - Privatkundenkonzept 2019 (AUB-ALLSTERN® 2019 Classic und AUB-ALLSTERN® 2019 Exklusiv)“ wird wie folgt erweitert:

- a) Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Nr. 2 und Nr. 3 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 70 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens € 300.000 beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei einem der beteiligten Versicherer weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

## IX. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Mehrleistungen ab 90%

§ 7 I. der „Unfallversicherungs-Bedingungen im ALLSTERN® - Privatkundenkonzept 2019 (AUB 2019)“ wird wie folgt erweitert:

- a) Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Nr. 2 und Nr. 3 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens € 300.000 beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei einem der beteiligten Versicherer weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

## Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Folgen vorvertraglicher Anzeigepflicht- und vertraglicher Obliegenheitsverletzungen

### 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 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

ALLSTERN® - assekuradeur - GmbH & Co. KG,  
Augustinusstraße 11 B, 50226 Frechen  
Telefon: 02234 / 96315-0  
E-Mail: info@allstern.de

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 02234 / 96315-99

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge/Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. 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 zurück zu gewähren 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.

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

### Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 VVG

Bis zur Abgabe der Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzuzeigen.

**Der Versicherer macht sich Antrags- und Risikofragen, die ALLSTERN® auf Antragsformularen, in Deckungsnoten, die im Geschäftsverkehr mit den Maklern verwendet werden und im Online-Antragsverfahren gestellt hat oder die der Versicherungsvermittler/ Versicherungsmakler bei Ihnen gesondert erhoben hat und die an ALLSTERN® übermittelt werden, ausdrücklich zu eigen. Damit sind die Fragen so zu betrachten, als seien diese von dem Versicherer gestellt worden.**

Es sind auch solche Umstände zu nennen, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Sie können Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Falls wir Ihnen auch nach Ihrer Vertragserklärung aber noch vor Vertragsannahme Fragen zu den Gefahrumständen stellen, sind Sie auch in diesem Fall zur Anzeige verpflichtet.

**Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 VVG durch falsche Angaben oder durch Verschweigen risikorelevanter Tatsachen sind wir berechtigt (je nach Grad des Verschuldens) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsminderung oder Leistungsfreiheit (auch für eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.**

Dies gilt nicht, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur inner-

halb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist von einem Monat nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsveränderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

### Folgen einer vertraglichen Obliegenheitsverletzung nach § 28 VVG

Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist, können wir den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

Der Versicherer bleibt jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

**Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligiegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.**

Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.