

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

A	Versicherungsleistungen bei Invalidität infolge eines Unfalls	2
1.	Was gilt als Unfall?	2
2.	Vereinbarte Leistungsarten	2
3.	Ausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes	5
4.	Der Leistungsfall	5
B	Leistungen bei Eintritt einer schweren Erkrankung	6
1.	Allgemeine Voraussetzungen für die Leistung aufgrund einer schweren Erkrankung	6
2.	Art und Höhe der Leistung	6
3.	Wegfall/Einschränkung des Versicherungsschutzes nach Eintritt einer schweren Erkrankung	6
4.	Versicherte schwere Erkrankungen	6
5.	Ausschlüsse vom Versicherungsschutz	7
6.	Der Leistungsfall	8
C	Allgemeine vertragliche Regelungen	8
1.	Die Versicherungsdauer	8
2.	Die Versicherungsprämie	9
3.	Dynamisierung der Beiträge und Leistungen (sofern vereinbart)	9
4.	Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander	10
5.	Vorvertragliche Anzeigepflicht	10
6.	Bedingungsverbesserungen in der Zukunft	11
7.	Bedingungsanpassung	11
8.	Verjährung von Ansprüchen aus dem Vertrag	11
9.	Zuständige Gerichte bei Streitigkeiten	12
10.	Mitteilungen an den Versicherer und Änderung Ihrer Anschrift	12
11.	Anwendbares Recht	12
12.	Vertragssprache	12

Der Versicherungsumfang

Der IDEAL KrankFallschutz sieht folgende Leistungen vor:

- Leistungen bei Invalidität infolge eines Unfalls (A)
- Leistungen bei Eintritt einer schweren Erkrankung (B)
- Allgemeiner Teil (C)

A Versicherungsleistungen bei Invalidität infolge eines Unfalls

Die zu bemessende Invalidität bestimmt sich nach definierten Einschränkungen von Körperteilen oder Sinnesorganen (Punkt 2.1) und dem Verlust von Grundfähigkeiten (Punkt 2.2).

1. Was gilt als Unfall?

1.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die Versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

1.2 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Dabei muss ein erhöhter Einsatz von Muskelkraft gegeben sein, der nicht plötzlich und auch nicht auf eine äußere Einwirkung zurückzuführen ist. Eine erhöhte Kraftaufwendung wird nach den persönlichen Verhältnissen des Versicherten beurteilt. Die ursächliche Kraftanstrengung muss über den für gewöhnliche Abläufe bei alltäglichen Handlungen erforderlichen Kraftaufwand hinausgehen.

Versicherungsschutz besteht auch für:

- Unfälle, die durch Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden
- Vergiftungen durch Einatmen ausströmender Gase und Dämpfe, von Dünsten, Staubwolken, Säuren und Ähnlichem, wenn die Versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war
- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund
- Nahrungsmittelvergiftungen
- Unfälle, die die Versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen erleidet

Bitte beachten Sie die in Punkt 3 geregelten Ausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes.

1.3 Als Unfall gilt auch:

- der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden
- das Erstickten oder Ertrinken unter Wasser
- der Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insekten- oder Zeckenstiche, Insektenbisse oder durch sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Malaria, Frühsummer-Meningoenzephalitis, Lyme-Borreliose, Gelbfieber, Pest). Versicherungsschutz besteht nur, wenn die Krankheit frühestens einen Monat nach Beginn der Versicherung und spätestens einen Monat nach Beendigung der Versicherung diagnostiziert wird. Versicherungsschutz besteht auch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen Krankheitserreger durch eine Unfallverletzung infolge eines Unfalls nach Punkt 1.1 in den Körper gelangten, und für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen

oder Eingriffe verursacht sind, die durch ein unter diesen Vertrag fallendes Schadereignis veranlasst waren. Die Fristen beginnen mit der erstmaligen Diagnose/Dokumentation der Infektion.

Bitte beachten Sie die in Punkt 3 geregelten Ausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes.

1.4 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Punkt 2.7) sowie die Ausschlüsse und Einschränkungen (Punkt 3) weisen wir hin.

2. Vereinbarte Leistungsarten

Die Leistungsarten, die Sie vereinbart haben, werden im Folgenden beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

2.1 Kapitalzahlungen bei Einschränkungen von Körperteilen oder Sinnesorganen durch einen Unfall

2.1.1 Art und Höhe der Leistung und deren Voraussetzung

100 % der Versicherungssumme werden als einmalige Kapitalzahlung gezahlt, wenn unfallbedingt eine der folgenden Einschränkungen dauerhaft besteht:

- Die Gebrauchsfähigkeit eines Armes oder eines Beines ist zu mindestens 50 % eingeschränkt
- Die Gebrauchsfähigkeit einer Hand oder eines Fußes ist zu 100 % eingeschränkt
- Die Sehkraft eines Auges ist zu 100 % eingeschränkt
- Das Gehör auf einem Ohr ist zu 100 % eingeschränkt

Sind mehrere der genannten Körperteile oder Sinnesorgane durch ein und denselben Unfall eingeschränkt, werden die ermittelten Einschränkungen der Gebrauchsfähigkeit nicht zusammengerechnet.

Eine unfallbedingte dauerhafte Einschränkung liegt vor, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Einschränkungen sind:

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns angezeigt worden.

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Grad der Gebrauchsunfähigkeit um die Vorinvalidität gemindert. Die Vorinvalidität wird nach versorgungsmedizinischen Grundsätzen (Grad der Schädigungsfolge, GdS) beurteilt.

Bitte beachten Sie auch Punkt 2.7.

2.1.2 Kein Anspruch auf die Kapitalzahlung gemäß 2.1.1 besteht, wenn die Versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt oder ein Leistungsanspruch aufgrund des Verlusts einer Grundfähigkeit gemäß Punkt 2.2 besteht.

Welche Leistung bei Tod gezahlt wird, lesen Sie unter Punkt 2.4.

2.1.3 Wurde bereits eine Sofortleistung gemäß Punkt 2.3 gezahlt, wird die Leistung gemäß Punkt 2.1 um diese vermindert.

2.2 Kapitalzahlungen bei Verlust von Grundfähigkeiten durch einen Unfall

2.2.1 Art und Höhe der Leistung und deren Voraussetzung

200 % der Versicherungssumme werden als einmalige Kapitalzahlung gezahlt, wenn ein dauerhafter Verlust einer Grundfähigkeit gemäß Punkt 2.2.4 infolge eines Unfalls eingetreten ist und der Unfall und seine Folgen überwiegend für den Verlust der Grundfähigkeit ursächlich sind.

Ein unfallbedingter dauerhafter Verlust einer Grundfähigkeit liegt vor, wenn er voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht mehr erwartet werden kann.

Der Verlust einer Grundfähigkeit muss:

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und
- innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns angezeigt worden sein.

2.2.2 Kein Anspruch auf die Kapitalzahlung gemäß Punkt 2.2.1 besteht, wenn die Versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Welche Leistung bei Tod gezahlt wird, lesen sie unter Punkt 2.4.

2.2.3 Wurde bereits eine Sofortleistung gemäß Punkt 2.3 gezahlt, wird die Leistung gemäß Punkt 2.2 um diese vermindert.

2.2.4 Wurde bereits für einen vorausgegangenen Unfall eine Versicherungsleistung gemäß Punkt 2.1 gezahlt, reduziert sich die Versicherungsleistung gemäß Punkt 2.2.1 auf 100 % der Versicherungssumme.

2.2.5 Versicherte Grundfähigkeiten

2.2.5.1 Sehen

- (1) Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person blind im Sinne der nachfolgenden Definition ist:
Blindheit ist die irreversible und nicht therapierbare Reduktion der Sehfähigkeit. Dabei darf die Restsehfähigkeit auf dem besseren Auge auch unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 2/50 der normalen Sehkraft betragen.
- (2) Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen im Sinne dieser Bedingungen liegt jedoch nicht vor, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne der vorstehenden Definition nicht mehr besteht.
- (3) Der Nachweis muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde unter Angabe des verbleibenden Restvisus erfolgen.

2.2.5.2 Sprechen

- (1) Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, ohne Hilfsmittel mittels Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- (2) Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen im Sinne dieser Bedingungen liegt jedoch nicht vor bei Verlust der Sprechfähigkeit infolge nicht organischer Ursachen. Dieser gilt insbesondere bei psychogenem Sprachverlust oder einem Sprachverlust aufgrund einer neurotischen Fehlentwicklung.
- (3) Der Nachweis muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-

Heilkunde oder Neurologie unter Vorlage von Nachweisen über die Ursachen und den Umfang des Sprachausfalls erfolgen.

2.2.5.3 Hören

- (1) Ein Verlust der Grundfähigkeit Hören im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person taub im Sinne der nachfolgenden Definition ist:
Taubheit ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit auf beiden Ohren für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.
- (2) Ein Verlust der Grundfähigkeit Hören im Sinne dieser Bedingungen liegt jedoch nicht vor, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.
- (3) Der Nachweis muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde unter Vorlage der Ergebnisse einer audiometrischen Untersuchung und eines Tonschwellentests erfolgen.

2.2.5.4 Handfunktionen (Hände benutzen, Tasten)

- (1) Ein Verlust der Grundfähigkeit Handfunktion im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken und der rechten Hand
 - einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen, oder
 - einen Schlüssel in ein Buntbartschloss einzuführen und das Buntbartschloss zu öffnen, oder
 - einen Bleistift vom Boden aufzuheben, oder
 - eine Dreh- und Hebewebewegung mit einer Hantel von 2 kg auszuführen, und dieser Zustand irreversibel und nicht therapierbar ist.
- (2) Der Nachweis muss durch einen Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Dermatologie unter Benennung des Kraftgrades, der Sensibilität und der Hautbeschaffenheit erfolgen.

2.2.5.5 Gehen

- (1) Ein Verlust der Grundfähigkeit Gehen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden innerhalb einer Zeitspanne von zehn Minuten und unter Verwendung verordneter Hilfsmittel gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich setzen zu müssen, und dieser Zustand irreversibel und nicht therapierbar ist.
- (2) Der Nachweis muss durch einen Facharzt für Orthopädie unter Angabe der Ursachen und des Ausmaßes der Beeinträchtigung erfolgen.

2.2.5.6 Verlust geistiger Fähigkeiten

- (1) Der Verlust geistiger Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen so weit eingeschränkt sind, dass es zu einem vollständigen Autonomieverlust im Alltag kommt, und im Mini-Mental-Status-Test maximal 10 von 30 Punkten erreicht werden.
- (2) Die Diagnose und der Nachweis der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren mit Erfassung der Anamnese, der klinischen Ausprägung und ggf. mittels zusätzlicher standardisierter Testverfahren von einem Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie bestätigt werden.

2.3 Sofortleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die Sofortleistung wird gezahlt, wenn bei der Soforteinschätzung

festgestellt wird, dass als Folge des Unfalls voraussichtlich ein Anspruch aus Punkt 2.1 „Kapitalzahlungen bei Einschränkungen von Körperteilen oder Sinnesorganen durch einen Unfall“ oder Punkt 2.2 „Kapitalzahlungen bei Verlust von Grundfähigkeiten durch einen Unfall“ besteht.

Die Soforteinschätzung erfolgt frühestens acht Wochen nach dem Unfallereignis.

2.3.2 Die Sofortleistung wird vollständig auf die Leistung gemäß Punkt 2.1 „Kapitalzahlungen bei Einschränkungen von Körperteilen oder Sinnesorganen“ oder Punkt 2.2 „Kapitalzahlungen bei Verlust von Grundfähigkeiten“ angerechnet.

2.3.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Sofortleistung als einmaligen Kapitalbetrag. Die Höhe können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

2.4 Todesfallleistung

2.4.1 Voraussetzung für die Leistung bei Unfalltod

Die Leistung bei Unfalltod wird gezahlt, wenn die Versicherte Person infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben ist.

2.4.2 Voraussetzung für die Leistung bei Tod aus unfallfremder Ursache

Die Leistung bei Tod aus unfallfremder Ursache wird gezahlt, wenn die Versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall gestorben ist und ein Anspruch auf Leistung gemäß Punkt 2.1. oder Punkt 2.2. entstanden war. Die Beurteilung, ob mit einer entsprechenden Invalidität zu rechnen gewesen wäre, erfolgt anhand der ärztlichen Befunde und deren Prognose.

2.4.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung als einmaligen Kapitalbetrag. Die Höhe können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

2.4.4 Kein Anspruch auf die Todesfallleistung besteht, wenn eine Sofortleistung gemäß Punkt 2.3 gezahlt wurde.

2.5 Leistung bei Oberschenkelhalsbruch oder Armbruch (sofern vereinbart)

2.5.1 Oberschenkelhalsbruch

Die Leistung bei einem Oberschenkelhalsbruch der Versicherten Person zahlen wir unabhängig von der Ursache des Oberschenkelhalsbruches.

Werden bei einem Ereignis beide Oberschenkelhälse gleichzeitig oder ein Oberschenkelhals mehrfach gebrochen, wird die Leistung nur einmal gezahlt.

Die Leistung aufgrund eines Oberschenkelhalsbruchs kann während der Vertragsdauer nur zweimal beansprucht werden.

2.5.2 Armbruch

Die Leistung bei einem Armbruch der Versicherten Person zahlen wir unabhängig von der Ursache des Armbruchs.

Ein Armbruch liegt vor, wenn der Oberarm (einschließlich Oberarmkopf), der Unterarm (Speiche und Elle) oder das Handgelenk (Handwurzelknochen) gebrochen ist. Werden bei einem Ereignis beide Arme gleichzeitig oder ein Arm mehrfach gebrochen, wird die Leistung nur einmal gezahlt.

Die Leistung aufgrund eines Armbruchs kann während der Vertragsdauer nur zweimal beansprucht werden.

2.5.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Leistung bei Oberschenkelhals- oder Armbruch als einmaligen Kapitalbetrag. Die Höhe können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

2.5.4 Anrechnung der Leistung

Wird aufgrund des Ereignisses eine Leistung gemäß Punkt 2.1. oder Punkt 2.2. gezahlt, werden die Leistungen für Oberschenkelhals- oder Armbruch auf diese angerechnet.

2.6 Mitversicherte Zusatzleistungen

2.6.1 Bergungs- und Rückholkosten

Die durch einen versicherten Unfall verursachten, nachgewiesenen Bergungs- bzw. Rückholkosten werden bis insgesamt höchstens 20.000 € übernommen für:

- die Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden (auch dann, wenn unmittelbar ein Unfall drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war)
- die Dekompressionsbehandlung infolge eines Tauchunfalls
- den Transport der Versicherten Person in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet
- den Mehraufwand für Verpflegung und Unterbringung der mitreisenden Angehörigen am Unfallort bis 300 € pro Person sowie den Mehraufwand für ihre Rückkehr zum ständigen Wohnsitz, wenn die Versicherte Person aufgrund des Unfalles im Ausland in ein Krankenhaus eingewiesen wird
- die Überführung der infolge eines versicherten Unfalls verstorbenen Versicherten Person zu dem Ort, an dem sie ihren ständigen Wohnsitz hatte. Ist die Versicherte Person im Ausland verstorben, übernehmen wir wahlweise die dort entstandenen Bestattungskosten.
- den Mehraufwand, der bei der Rückkehr der Versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz entsteht, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. In diesem Fall übernehmen wir auch die Kosten für eine Begleitperson, selbst dann, wenn diese erst anreisen muss.

Die Bergungs- und Rückholkosten werden nur übernommen, wenn kein Dritt-Erstattungspflichtiger gesetzlich oder vertraglich zur Leistung verpflichtet ist. Soweit Ihre Bergungs- und Rückholkosten die Erstattung des anderen Ersatzpflichtigen übersteigen, übernehmen wir die Differenz bis zu den vereinbarten Kostenrückerstattungen. Die Höhe der insgesamt erstattungsfähigen Bergungs- und Rückholkosten können Sie dem Versicherungsschein oder dem Produktinformationsblatt entnehmen. Als Ausland gilt jeder Staat, in dem die Versicherte Person nicht ihren ständigen Wohnsitz hat.

2.6.2 Kosten für kosmetische Operationen

Die durch einen versicherten Unfall verursachten, nachgewiesenen Kosten für kosmetische Operationen werden bis insgesamt höchstens 10.000 € übernommen.

Die Kosten für kosmetische Operationen müssen nach Abschluss der Heilbehandlung entstanden sein und eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds der Versicherten Person beheben.

Die Kosten umfassen:

- Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in der Klinik

Bitte beachten Sie, dass die Kosten für kosmetische Operationen in den ersten drei Jahren nach dem Unfallereignis entstanden sein und innerhalb von weiteren zwölf Monaten bei uns angezeigt werden müssen. Die Kosten werden nur übernommen, wenn kein Dritt-Erstattungspflichtiger gesetzlich oder vertraglich zur Leistung verpflichtet ist. Soweit Ihre Kosten für kosmetische Operationen die Erstattung des anderen Ersatzpflichtigen übersteigen, übernehmen wir die Differenz bis zu den vereinbarten Kostenrückerstattungen. Die Höhe der insgesamt erstattungsfähigen Kosten für kosmetische Operationen können Sie dem Versicherungsschein oder dem Produktinformationsblatt entnehmen.

2.7 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

- im Falle einer eingeschränkten Gebrauchsfähigkeit der Prozentsatz der Gebrauchsunfähigkeit,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 30 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

2.7.2 Punkt 2.7 findet keine Anwendung für die Kapitalzahlungen bei Verlust von Grundfähigkeiten durch einen Unfall gemäß Punkt 2.2.

3. Ausschlüsse und Einschränkungen des Versicherungsschutzes

3.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

3.1.1 Unfälle der Versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Versichert bleiben jedoch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen durch Herzinfarkt, Schlaganfall, ärztlich verordnete Medikamente oder durch Trunkenheit am Steuer von motorisierten Fahrzeugen, jedoch nur bis zu einem Blutalkoholgehalt von 1,3 Promille. Versicherungsschutz besteht auch, wenn die Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.

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

3.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 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 bei Reiseantritt 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 Län-

dern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

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

3.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Punkt 1.1 die überwiegende Ursache ist.

3.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Versichert bleiben Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Maser- und Laserstrahlen, künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen und energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 1.000 Elektronenvolt. Dies gilt nicht für Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten.

3.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der Versicherten Person.

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

3.2.4 Infektionen, die nicht nach Punkt 1.2 versichert sind.

3.2.5 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

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

3.2.6 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

4. Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der Versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

4.1.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die Versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

4.1.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die Versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden. Sie sind ebenso dafür verantwortlich, dass die angeforderten Berichte und Gutachten schnellstmöglich erstellt werden. Eine Entlassung bzw. Verlegung aus dem Krankenhaus teilen Sie uns bitte unverzüglich mit.

4.1.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die Versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.

4.1.4 Die Ärzte, die die Versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Sozial-

versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zur Feststellung des Leistungsfalls zu erteilen.

4.1.5 Ergeben sich aus den im Leistungsfall eingereichten Unterlagen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder Vertragsänderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden, sind die in 4.1.4 genannten Personen oder Einrichtungen ebenfalls zu ermächtigen alle erforderlichen Auskünfte zur Überprüfung der Angaben zu erteilen. Diese Verpflichtung besteht nur bis zu zehn Jahre nach dem Vertragsschluss oder der Vertragsänderung. Im Todesfall geht die Entscheidungsbefugnis darüber auf die Erben oder – wenn solche abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten über.

4.1.6 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, dessen Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis vom Tod der Versicherten Person und von der Möglichkeit der Unfallursächlichkeit haben. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

4.2 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
Wird eine Obliegenheit nach Punkt 4 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

4.3 Fälligkeit der Leistung

4.3.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen
- bei Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Gebrauchsunfähigkeit oder des Verlusts einer Grundfähigkeit notwendig ist
- bei Tod zusätzlich die Sterbeurkunde
- bei den mitversicherten Zusatzleistungen zusätzlich die Originalrechnungen

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bis zu 500 €. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe der vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

4.3.3 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Gebrauchsunfähigkeit oder den Verlust einer Grundfähigkeit jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht muss:

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Punkt 4.3.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Leistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

B Leistungen bei Eintritt einer schweren Erkrankung

1. Allgemeine Voraussetzungen für die Leistung aufgrund einer schweren Erkrankung

1.1 Ein Leistungsfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit im Sinne der nachfolgenden Definitionen erkrankt.

Der Anspruch auf die Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit entsteht mit Ablauf von 28 Tagen, gerechnet ab dem auf die Feststellung der Diagnose folgenden Tag.

Überlebt die Versicherte Person den Zeitraum von 28 Tagen nach Diagnosestellung der schweren Krankheit nicht, entfällt unsere Leistungspflicht.

1.2 verspätete Anzeige/Verjährung von Ansprüchen
Ansprüche auf eine Versicherungsleistung aufgrund einer schweren Erkrankung verjähren nach drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistungen erstmals hätten verlangt werden können.

2. Art und Höhe der Leistung

2.1 Sie erhalten eine monatliche Rente. Die Höhe können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

2.2 Die Rente wird für die Dauer von zwölf Monaten beginnend mit dem Monat der Diagnosestellung, längstens bis einschließlich des Sterbemonats gezahlt. Unabhängig davon besteht eine Rentengarantie für die ersten drei Monatsrenten.

3. Wegfall/Einschränkung des Versicherungsschutzes nach Eintritt einer schweren Erkrankung

3.1 Versicherungsleistungen aufgrund eines Herzinfarktes gemäß 2.1, eines Schlaganfalles gemäß 2.2 und einer Krebserkrankung oder eines gutartigen Hirntumors gemäß 3.3 werden jeweils nur einmal gezahlt.

3.2 Treten ein versicherter Herzinfarkt gemäß 3.1 und ein versicherter Schlaganfall gemäß 3.2 innerhalb von 28 Tagen nacheinander auf, wird die Rentenleistung nur einmal für das erste Ereignis gezahlt.

4. Versicherte schwere Erkrankungen

Folgende schwere Erkrankungen sind versichert:

4.1 Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis,

das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Absterben von Herzmuskelgewebe (Untergang von Herzmuskelgewebe) infolge unzureichender Blutzufuhr führt. Die folgenden Voraussetzungen müssen darüber hinaus erfüllt sein:

- Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.
- Die herzspezifischen Marker weisen einen für einen Herzinfarkt charakteristischen Verlauf auf.
- Im betroffenen Herzmuskelbereich ist ein Funktionsverlust durch eine verminderte Auswurfleistung des Herzens (Ejektionsfraktion) unter 50 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen (Dyskinesie) nachweisbar. Die Beurteilung der Schwere des Funktionsverlustes erfolgt frühestens 28 Tage nach dem Herzinfarkt.

Die Diagnose und der Zeitpunkt des Auftretens müssen durch einen Kardiologen nachgewiesen werden.

4.2 Schlaganfall

Ein Schlaganfall (Hirninfrakt, Apoplex, zerebraler Insult) im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Gehirnzellen (Untergang von Hirngewebe), verursacht durch eine plötzliche Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer Blutung innerhalb des Hirngewebes (intrazerebrale Blutung) oder einer Blutung an der Hirnoberfläche (subarachnoidale Blutung) mit daraus resultierenden dauerhaften neurologischen Störungen.

Dabei muss mindestens eine neurologische Störung infolge des Schlaganfalls über mindestens drei Monate ununterbrochen vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischem Wissensstand nicht behebbar sein und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen.

Als neurologische Störungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- halbseitige Lähmung (Hemiplegie/Hemiparese) oder vollständige Lähmungen (Paraplegie)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie

Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch einen Neurologen, Internisten oder Intensivmediziner bestätigt und mittels bildgebender Verfahren nachgewiesen werden.

4.3 Krebs und gutartige Gehirntumoren (sofern vereinbart)

4.3.1 Krebs

Krebs ist eine bösartige Neubildung, charakterisiert durch unkontrolliertes Wachstum von bösartigen Zellen und deren Eindringen in umgebendes Gewebe, die anhand eines positiven histologischen Befundes bestätigt ist. Die Diagnose Krebs im Sinne dieser Bedingungen umfasst auch Leukämien, bösartige Tumoren des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne (bösartige) Knochenmarkserkrankungen.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind folgende Krebserkrankungen bzw. Erkrankungsstadien:

- Vorstufen von Krebserkrankungen (Carcinoma in situ einschließlich aller prä-malignen und nicht-invasiven Tumorerkrankungen)
- leichte Formen von Krebserkrankungen des lymphatischen Systems (Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 gemäß Ann-Arbor-Klassifikation, Chronische lymphatische Leukämie mit einem Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A).

- leichte Formen des schwarzen Hautkrebses (maligne Melanome der Haut im Tumorstadium T1aN0M0, T1bN0M0 und T2aN0M0 der TNM Klassifikation) und alle sonstigen Hauttumore. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so leisten wir.
- alle Tumore der Prostata, die nicht mindestens das Stadium T2 der TNM Klassifikation erreicht haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so leisten wir.
- Kaposi-Sarkom (seltener Hauttumor) und andere Tumoren bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung
- papilläre Mikrokarzinome der Schilddrüse (eine spezielle Form des Schilddrüsenkrebses)

Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen Befundes bzw. für Leukämien und Lymphome durch Vorlage des zytologischen Befundes bestätigt sein.

4.3.2 Gutartiger (benigner) Gehirntumor

Ein gutartiger (benigner) Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns. Die medizinische Notwendigkeit einer Operation des Tumors, und falls inoperabel, das Vorliegen nicht mehr behebbare neurologischer Störungen muss durch einen Neurologen bestätigt und mittels bildgebender Verfahren nachgewiesen werden.

Zysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) und der Zirbeldrüse sind kein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen.

5. Ausschlüsse vom Versicherungsschutz

Ausgeschlossen sind Versicherungsfälle:

5.1 die der Versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

5.2 die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsergebnisse verursacht sind.

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

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 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 bei Reiseantritt bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.3 die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.4 durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Selbstverletzung. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen werden.

5.5 durch eine widerrechtliche Handlung des Versicherungsnehmers oder der Versicherten Person, die vorsätzlich die schwere Erkrankung herbeiführt.

6. Der Leistungsfall

6.1 Was ist bei Eintritt des Versicherungsfalls zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der Versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

6.1.1 Werden Leistungen aus der Versicherung aufgrund einer schweren Krankheit verlangt, hat uns der Versicherungsnehmer, die Versicherte Person oder der berechtigte Dritte die ärztliche Feststellung der versicherten schweren Krankheit und deren Schweregrad unverzüglich anzuzeigen. Den ärztlichen Anordnungen hat die Versicherte Person, soweit zumutbar, zu folgen.

6.1.2 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die Versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.

6.1.3 Die Ärzte, die die Versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zur Feststellung des Leistungsfalls zu erteilen.

6.1.4 Ergeben sich aus den im Leistungsfall eingereichten Unterlagen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder Vertragsänderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden, sind die in Punkt 6.1.3 genannten Personen oder Einrichtungen ebenfalls zu ermächtigen alle erforderlichen Auskünfte zur Überprüfung der Angaben zu erteilen. Diese Verpflichtung besteht nur bis zu zehn Jahre nach dem Vertragsschluss oder der Vertragsänderung. Im Todesfall geht die Entscheidungsbefugnis darüber auf die Erben oder – wenn solche abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten über.

6.1.5 Der Tod der Versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

Wir können im Leistungsfall eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung für die Versicherte Person verlangen. Versäumen Sie die rechtzeitige Vorlage der Unterlagen, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit. Zur Vorlage des Nachweises werden wir Sie jeweils ausdrücklich auffordern.

6.1.6 Die Nachweise sind uns im Original einzureichen.

6.2 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
Wird eine Obliegenheit nach Punkt 6.1 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

6.3 Wann sind die Leistungen fällig?

6.3.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis einer versicherten Krankheit und deren Schweregrad gemäß Punkt 4
- sonstige Nachweise gemäß 6.1

Die damit verbundenen Kosten übernehmen nicht.

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

C Allgemeine vertragliche Regelungen

1. Die Versicherungsdauer

1.1 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

1.1.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Punkt 2.1.2.1 zahlen.

1.1.2 Dauer und Ende des Vertrages

1.1.2.1 Der Vertrag ist für unbestimmte Zeit abgeschlossen und endet mit dem Tod der Versicherten Person.

1.1.2.2 Ohne dass es einer Kündigung bedarf, endet der Vertrag auch, wenn insgesamt 200 % der Versicherungssumme aufgrund von Leistungen aus Teil A Punkt 2.1 und 2.2 geleistet wurden. In diesem Fall endet der Vertrag mit dem Zugang unseres Leistungsanerkennnisses.

1.1.3 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Vertrag kann jährlich zum Ablauf des Versicherungsjahres vom Versicherungsnehmer gekündigt werden. Ihre Kündigung muss spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform erfolgen und uns vor Ablauf der jeweiligen Frist zugeworfen sein.

1.1.4 Kündigung durch den Versicherer

Der Vertrag kann jährlich zum Ablauf des Versicherungsjahres vom Versicherer gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Textform erfolgen und Ihnen vor Ablauf der Frist zugeworfen sein.

Die Möglichkeit, Ihren Vertrag zu kündigen, wenden wir jedoch nur mit folgender Einschränkung an:

Wir können unser Kündigungsrecht Ihnen gegenüber nur ausüben, wenn wir mit Schreiben vom gleichen Tag auch gegenüber allen weiteren Versicherungsnehmern eine Kündigung aussprechen, deren Versicherungsvertrag dem Teilbestand „Versicherungen mit Unfall- und Lebensrisiken (Generation A)“ angehört. Diesem Teilbestand gehört auch Ihr Vertrag an.

1.1.4.1 Für den Fall, dass wir einen Nachfolgetarif anbieten, werden wir Ihnen alternativ zur Kündigung die Möglichkeit zum Wechsel in den Nachfolgetarif anbieten. Ihren Wunsch nach einem Tarifwechsel müssen Sie uns vor dem Wirksamwerden der Kündigung mitteilen.

1.1.4.2 Haben wir den Versicherungsvertrag gekündigt, werden wir gleichwohl auch für nach Vertragsbeendigung eingetretene Leistungsfälle leisten, wenn während der Vertragslaufzeit eine Krankheit diagnostiziert wurde, die bei Vertragsbeendigung noch nicht die Leistungsvoraussetzungen erfüllt, sich aber nach Vertragsbeendigung derart weiterentwickelt hat, dass erstmals innerhalb von zwölf Monaten nach Vertragsbeendigung die Leistungsvoraussetzungen vollständig erfüllt sind. Dasselbe gilt für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge eines während der Vertragslaufzeit eingetretenen Unfalls.

Entsprechende Leistungsfälle sind innerhalb von weiteren drei Monaten nach Ablauf der ersten zwölf Monate nach Vertragsbeendigung anzuzeigen.

1.1.5 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen
Der Versicherungsschutz tritt für die Versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

2. Die Versicherungsprämie

2.1 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

2.1.1 Prämie und Versicherungsteuer

Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

2.1.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erste Prämie

2.1.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die erste Prämie wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

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

2.1.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.1.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.1.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgeprämie

2.1.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

2.1.3.2 Verzug

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge der Prämie sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Punkten 2.1.3.3 und 2.1.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

2.1.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Punkt 2.1.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

2.1.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Punkt 2.1.3.2 darauf hingewiesen haben.

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

2.1.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

2.2 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

3. Dynamisierung der Beiträge und Leistungen (sofern vereinbart)

3.1 Haben Sie mit uns die Erhöhung der Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart, steigt die Versicherungssumme jährlich jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um den vereinbarten Prozentsatz der anfänglichen Versicherungssumme.

3.2 Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des zweiten Versicherungsjahrs.

3.3 Die Prämie steigt nicht im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme. Mit zunehmendem Alter der Versicherten Person nimmt die Steigerung der Prämie zu. Sie erhalten rechtzeitig vor dem jeweiligen Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung.

3.4 Für die Berechnung der jeweiligen Erhöhung behalten wir uns vor die Rechnungsgrundlagen anzupassen. Bereits durchgeführte Dynamikerhöhungen bleiben davon jedoch unberührt.

3.5 Wann enden die Erhöhungen?

3.5.1 Die Dynamikerhöhung endet spätestens, wenn die Versicherte Person das rechnungsmäßige Alter (Beginnjahr minus Geburtsjahr) von 75 Jahren erreicht hat. Für Versicherte Personen mit den rechnungsmäßigen Altern von 71 bis 75 Jahre bei Versicherungsbeginn enden die Erhöhungen abweichend nach fünf Jahren.

3.5.2 Die Dynamikerhöhung endet bereits vorzeitig, wenn die Versicherungssumme 100.000 € erreicht. Hierbei werden alle bei der IDEAL Versicherung AG bestehenden gleichartigen Versicherungen berücksichtigt.

3.5.3 Der Anspruch auf weitere Dynamikerhöhung erlischt auch mit dem Zeitpunkt, zu dem Sie erstmals eine Kapitalzahlung bei Einschränkungen von Körperteilen oder Sinnesorganen durch einen Unfall (Teil A Punkt 2.1), eine Kapitalzahlung bei Verlust von Grundfähigkeiten durch einen Unfall (Teil A Punkt 2.2) oder eine Rente aufgrund einer schweren Krankheit (Teil B) erhalten.

3.5.4 Die Dynamisierungen enden auch, wenn Sie drei Erhöhungsangeboten hintereinander widersprechen.

3.6 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

3.6.1 Sie können einer Erhöhung innerhalb eines Monats nach dem Termin der Erhöhung widersprechen. Es gilt auch als Widerspruch, wenn ein Prämienrückstand besteht oder Sie die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

3.6.2 Haben Sie einen Anspruch auf eine Versicherungsleistung gemäß Teil A Punkt 2.1, Punkt 2.2 oder Teil B geltend gemacht, ruhen bis zum Leistungsentscheid die Erhöhungen.

4. Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander

4.1.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der Versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der Versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

4.1.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

Wichtige Hinweise:

Abtretungen oder Verpfändungen sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Verfügungsberechtigten schriftlich

angezeigt werden. Rentenleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

Unsere Leistungen werden dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten überwiesen.

5. Vorvertragliche Anzeigepflicht

5.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind insoweit auch bis zur Vertragsannahme zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne von Satz 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

5.2 Rücktritt

5.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

5.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

5.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

5.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

5.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

5.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der nächsten Fälligkeit der Prämie Vertragsbestandteil.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

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

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

5.4 Anfechtung

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

6. Bedingungsverbesserungen in der Zukunft

Ändern wir die zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen zu Ihrem Vorteil und ohne Mehrprämie, gelten die neuen Bedingungen automatisch für Ihre Versicherung.

7. Bedingungsanpassung

7.1 Wir können einzelne Regelungen dieser Bedingungen bei deren Unwirksamkeit mit Wirkung für bestehende Verträge ergänzen oder ersetzen. Dies gilt, wenn eine Regelung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurde.

Wir sind dann berechtigt, die betroffene Regelung zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen, wenn die Voraussetzungen der folgenden Absätze vorliegen.

7.2 Die Anpassung kommt nur in Betracht für Regelungen über Obliegenheiten nach Vertragsabschluss, Leistungsausschlüsse und Kündigung.

7.3 Die Anpassung setzt voraus, dass die gesetzlichen Vorschriften keine konkrete Regelung zur Füllung der Lücke enthalten und dass die ersatzlose Streichung der Klausel keine angemessene, den typischen Interessen der Vertragspartner gerechte Lösung darstellt.

7.4 Die Anpassung erfolgt nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung. Das bedeutet, dass die unwirksame Klausel durch die Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessene und ihren typischen Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn ihnen die Unwirksamkeit der Klausel zum Zeitpunkt des Vertragschlusses bekannt gewesen wäre.

7.5 Die angepassten Klauseln werden wir Ihnen in Textform spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden mitteilen und erläutern. Sie gelten als genehmigt, wenn Sie diesen nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie bei einer Bedingungsänderung ausdrücklich hinweisen.

Zur Wahrung der Frist genügt das rechtzeitige Absenden des Widerspruchs. Bei fristgemäßem Widerspruch tritt die Bedingungsanpassung nicht in Kraft.

Wir können dann innerhalb eines Monats nach Zugang des Widerspruchs die Versicherung mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Monats in Textform kündigen.

8. Verjährung von Ansprüchen aus dem Vertrag

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

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

9. Zuständige Gerichte bei Streitigkeiten

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

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

9.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb Deutschlands oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist für Klagen aus dem Versicherungsvertrag und der Versicherungsvermittlung das Gericht ausschließlich zuständig, in dessen Bezirk wir unseren Sitz haben.

10. Mitteilungen an den Versicherer und Änderung Ihrer Anschrift

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

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

11. Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

12. Vertragssprache

Die Kommunikation während der Vertragsdauer erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.