

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den JuniorSchutz Plus (JSP 2012)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

- 1 Wer kann versichert werden?
- 2 Was ist durch diesen Vertrag versichert? (Leistungsfall)
- 3 Welche Voraussetzungen gelten für den Anspruch auf unsere Leistung?
- 4 Was gilt für Art, Höhe und Dauer der Leistung?
- 5 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 6 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der Leistungsfall

- 8 Was müssen Sie im Leistungsfall beachten? (Obliegenheiten)
- 9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 10 Wann ist unsere Leistung fällig?

Die Versicherungsdauer

- 11 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Die Versicherungsprämie

- 12 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

Weitere Bestimmungen

- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 14 Was bedeutet vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 16 Welches Gericht ist zuständig?
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
- 18 Wie sind Sie während der Rentenzahlung an den Überschüssen beteiligt?
- 19 Wechselgarantie
- 20 Tarifanpassung
- 21 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1 Wer kann versichert werden?

Die Versicherung kann für Personen von der vollendeten 6. Lebenswoche bis 24 Jahre abgeschlossen werden.

- 1.1 Wird der Vertrag vor der Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person zum Kindertarif abgeschlossen, ist zur nächsten Hauptfälligkeit nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Umstellung auf den Tarif für Jugendliche und junge Erwachsene erforderlich. Sie haben hierzu folgendes Wahlrecht:

- a) Sie zahlen die bisherige Prämie und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- b) Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen eine entsprechende höhere Prämie.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der Wahlmöglichkeit „b“ fort.

Mit dem Anschreiben zur Umstellung senden wir Ihnen einen altersentsprechenden Gesundheitsfragebogen. Sie können uns damit den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person zusammen mit Ihrer Entscheidung zum oben genannten Wahlrecht mitteilen.

Nach einer erfolgreichen Gesundheitsprüfung haben Sie den Anspruch eine Wechselgarantie in eine selbständige Berufsunfähigkeitszusatzversicherung gemäß Ziffer 19 dieser Bedingungen zu erlangen.

2 Was ist durch diesen Vertrag versichert? (Leistungsfall)

- 2.1 Wir bieten Versicherungsschutz für die während der Wirksamkeit des Vertrages durch Krankheit oder Unfall unfreiwillig eingetretene Invalidität. In diesem Vertrag gilt als Invalidität eine Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht und die nach dem Schwerbehindertengesetz einen Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 erreicht.

Ein bereits vor Vertragsabschluss bestehender GdB wird bei der Ermittlung des Gesamt-GdB nicht berücksichtigt.

- 2.2 Als Zeitpunkt für den Eintritt der Invalidität gilt der Zugang des Antrags auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt.

3 Welche Voraussetzungen gelten für den Anspruch auf unsere Leistung?

- 3.1 Sie müssen die Invalidität durch Vorlage des Bescheids des deutschen Versorgungsamtes über die Schwerbehinderung nachweisen und geltend machen.

- 3.2 Wird eine Krankheit, die eine Invalidität zur Folge hat, während der Dauer des Vertrages ärztlich festgestellt, kann ein Anspruch auf Leistung auch noch dann entstehen, wenn die Invalidität innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung des Vertrages eingetreten ist. Dies gilt auch für einen während der Dauer des Vertrages eingetretenen Unfall.

- 3.3 Für angeborene Krankheiten gilt eine Karenzzeit (Wartezeit) von einem Jahr ab Geburt. Das heißt, wir leisten dann, wenn eine angeborene Krankheit frühestens nach Vollendung des 1. Lebensjahres diagnostiziert wurde und vorher nicht bekannt oder erkennbar war. Angeborene Krankheiten sind Fehlbildungen (Abnormalitäten) an inneren und äußeren Organen, genetische Erkrankungen (Erbgutveränderungen) und Neugeborenenkrankheiten (Erkrankungen des Neugeborenen) die bei der Geburt entstanden sind, vorhanden (angeboren) waren oder die sich innerhalb des ersten Lebensmonats entwickeln).

4 Was gilt für Art, Höhe und Dauer der Leistung?

- 4.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

- 4.2 Die Rente zahlen wir ab dem Ersten des Monats, der auf den Zugang des Antrags auf Feststellung der Behinderung beim Versorgungsamt folgt. Die Rente wird gezahlt für die Zeit, in der die Invalidität durch einen gültigen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen wird. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des sechsten Monats nach dem Tode der versicherten Person gezahlt.

- 4.3 Die Rentenzahlung ruht, wenn der Fortbestand der Invalidität nicht mehr nachgewiesen wird. Während der Laufzeit des Vertrages setzen wir die Rentenzahlung fort, wenn Sie uns eine Invalidität erneut nachweisen; Ziffer 4.2 gilt entsprechend. Nach Ende des Vertrages ist die Fortsetzung der Rentenzahlung von dem Nachweis abhängig, dass ausschließlich die früheren Beeinträchtigungen wieder zur Invalidität mit einem GdB von wenigstens 50 führten. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt: Der Anspruch auf Fortsetzung erlischt, wenn seit dem Zeitpunkt der Unterbrechung mehr als 10 Jahre vergangen sind.

- 4.4 Wir sind berechtigt, jeweils nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Geltendmachung den Fortbestand der Invalidität zu überprüfen.

Wir sind auch berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern.

Senden Sie uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich zu, ruht die Rentenzahlung ab nächster Fälligkeit.

- 4.5 Zusätzlich zu der monatlichen Rente zahlen wir – bei erstmaliger Rentenzahlung – eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 12 versicherten Monatsrenten.

4.6 Kurkostenbeihilfe

- 4.6.1 Was sind Kuren?

Kuren sind medizinische Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne des Sozialgesetzbuch § 111 SGB V (Sozialgesetzbuch).

Rehabilitationsmaßnahmen sind Leistungen, die

- die Unfall- oder Krankheitsfolgen heilen,
- ihre Verschlimmerung verhüten,
- die Beschwerden lindern,
- eine Behinderung oder eine Pflegebedürftigkeit abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen,
- eine Verschlimmerung verhüten bzw. deren Folgen mildern

- 4.6.2 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person wurde ein GdB von wenigstens 50 zuerkannt und innerhalb von fünf Jahren, vom Tag der Feststellung durch das Versorgungsamt an gerechnet, wird eine stationäre Kur durchgeführt.

Die Kur ist medizinisch notwendig und ärztlich verordnet. Für die Einrichtung liegt ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V vor und die Rehabilitationsmaßnahmen waren überwiegend zur Behandlung der Unfall- oder Krankheitsfolgen erforderlich, die zur Schwerbehinderung geführt haben.

- 4.6.3 Art und Höhe der Leistung

Soweit nicht ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B.: Krankenversicherer, Unfallversicherer) einzutreten hat, ersetzen wir folgende Kosten bis zur Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe für:

- den Eigenanteil, der Ihnen von Ihrem gesetzlichen oder privaten Versicherungsträger oder der Kureinrichtung in Rechnung gestellt wird.
- nachgewiesene Kosten für die Hin- und Rückfahrt zur Kureinrichtung bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln 2. Klasse.
- sonstige nachgewiesene Kosten für Medikamente, Hilfs- und Heilmittel, soweit diese während der Kur ärztlich verordnet wurden.

– bei versicherten Personen, die zum Zeitpunkt der Kur das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, übernehmen wir die Kosten für die Unterbringung eines Erziehungsberechtigten für bis zu sechs Übernachtungen, in der Kureinrichtung oder einem nahegelegenen Hotel bis Kategorie 3 (Übernachtung/Frühstück)

5 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

- 5.1 Bestand bereits vor Vertragsbeginn ein GdB, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme, wenn der GdB sich durch einen Unfall oder den Eintritt einer Krankheit um mindestens 50 erhöht hat.

Gleiches gilt, wenn Krankheiten, Gebrechen oder Unfallfolgen die bereits vor Vertragsbeginn bestanden während der Vertragsdauer zu einem GdB führen.

- 6 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 6.1 Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind
- Schwer- und Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (Pflegestufe 2 und 3)
 - Personen mit einem GdB von mehr als 50
 - Geisteskranke
- Geisteskrank ist, wer aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen kann und einer Aufenthaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedarf.
- 6.2 Wird ein vor Vertragsbeginn bestehender GdB von mehr als 50 erst während der Wirksamkeit des Vertrages durch Bescheid festgestellt, erlischt der Vertrag rückwirkend ab Beginn; bereits gezahlte Prämien zahlen wir zurück.
- 6.3 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 6.1 oder Ziffer 6.2 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.
- 6.4 Die für die nicht versicherbare Person seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Prämien zahlen wir zurück.
- 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt: Versicherungsschutz besteht nicht für Invalidität, die ganz oder überwiegend eingetreten ist aufgrund:
- 7.1 von Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie von Psychosen oder Oligophrenie.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Beeinträchtigung durch einen Unfall oder eine Erkrankung mit hirnorganischen Schäden oder durch eine Vergiftung oder Infektion verursacht wurde, die während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten ist.
- 7.2 von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen, die auf suchterzeugenden Mitteln beruhen, sowie von Krankheiten, die durch suchterzeugende Mittel verursacht wurden. In diesen Fällen besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- 7.3 von Unfällen infolge alkoholbedingter Bewusstseinsstörungen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt
- bei der Teilnahme am Straßenverkehr 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahrtüchtigkeit; dieser Promillewert gilt solange, bis die höchststrichterliche Rechtsprechung hier einen anderen Wert festlegt) oder mehr
 - bei allen sonstigen Fällen 1,5 Promille oder mehr
- beträgt.
- Haben alkoholbedingte Bewusstseinsstörungen keinen Einfluss auf den Unfall, besteht grundsätzlich Versicherungsschutz.
- 7.4 einer von der versicherten Person vorsätzlich ausgeführten oder versuchten Straftat.
- 7.5 mittelbarer oder unmittelbarer Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse sowie aufgrund mittelbarer oder unmittelbarer Einwirkung von Kernenergie.
- 7.6 einer widerrechtlichen Handlung, mit der Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter der versicherten Person, die versicherte Person vorsätzlich geschädigt haben.
- 7.7 von Unfällen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Leistungsfall

- 8 Was müssen Sie im Leistungsfall beachten? (Obliegenheiten)**
- Ohne Ihre Mitwirkung können wir die vereinbarte Versicherungsleistung nicht erbringen.
- 8.1 Bestehen bei der versicherten Person Gesundheitsstörungen, die zur Invalidität nach Ziffer 2.1 führen können, müssen Sie beim zuständigen Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis beantragen.
- 8.2 Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises müssen Sie uns unverzüglich, spätestens jedoch ein Jahr nach der Ausstellung des Ausweises, anzeigen.
- 8.3 Das von uns daraufhin übermittelte Formblatt müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich an uns zurücksenden. Die von uns darüber hinaus geforderten sachdienlichen Auskünfte müssen Sie uns in gleicher Weise erteilen.
- 8.4 Wird der Grad der Behinderung vom Versorgungsamt auf einen Grad von weniger als 50 herabgesetzt, müssen Sie uns das innerhalb eines Monats mitteilen.
- 8.5 Stirbt die versicherte Person während der Rentenzahlung, müssen Sie uns den Tod innerhalb von drei Monaten mitteilen.
- 9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
- Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt: Wird eine nach Ziffer 8 von Ihnen zu erfüllende Obliegenheit 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 Leistungsfalls 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.
- 10 Wann ist unsere Leistung fällig?**
- 10.1 Sobald uns die Unterlagen und Ermächtigungen zugegangen sind, die Sie nach Ziffern 3.1 und 8.3 beibringen müssen, sind wir verpflichtet, innerhalb einer Frist von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.
- 10.2 Erkennen wir den Anspruch an, beginnt die Rentenzahlung nach Ziffer 4.2. Ein Anspruch auf Zahlung von Vorschüssen besteht nicht.
- Die Versicherungsdauer**
- 11 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
- 11.1 Beginn des Versicherungsschutzes**
- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste oder einmalige Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 12.2 zahlen.
- 11.2 Dauer und Ende des Vertrages**
- 11.2.1 Der Vertrag wird für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 11.2.2 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
- 11.2.3 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden

Jahres kündigen. Uns steht das Kündigungsrecht frühestens zum Ende der vereinbarten Vertragsdauer zu. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

- 11.2.4 Der Vertrag endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet.
- 11.3 Kündigung nach Leistungsfall**
- 11.3.1 Den Vertrag können Sie oder wir durch schriftliche Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung nach Ziffer 4 erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine solche Leistung erhoben haben.
- 11.3.2 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
- 11.3.3 Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
- 11.3.4 Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam. Wird der Vertrag gekündigt, haben wir nur Anspruch auf den Teil der Prämie, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 11.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen**
- 11.4.1 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.
- 11.4.2 Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Die Versicherungsprämie

- 12 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?**
- 12.1 Prämie und Versicherungssteuer**
- Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 12.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erste oder einmalige Prämie**
- 12.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
- Die erste oder einmalige Prämie ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.
- Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.
- 12.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
- Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 12.2.3 Rücktritt
- Zahlen Sie die erste oder einmalige 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.
- 12.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgeprämie**
- 12.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
- Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Prämienrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

- 12.3.2 **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 Prämien sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 12.3.3 und 12.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 12.3.3 **Kein Versicherungsschutz**
Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 12.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 12.3.4 **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 Ziffer 12.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
Haben wir gekündigt, und zahlen Sie 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.
- 12.4 **Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftverfahren**
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 dem SEPA-Lastschriftmandat 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.
- 12.5 **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**
Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.
- 12.6 **Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil der Prämie, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 12.7 **Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern**
12.7.1 Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
– Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
– die Versicherung nicht gekündigt war und
– Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
gilt folgendes:
12.7.2 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
12.7.3 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

12.8 **Vorzeitige Beendigung der Prämienzahlung**
Die Verpflichtung zur Prämienzahlung für den Vertrag erlischt zum Ende des Monats, in dem erstmals eine Rente gezahlt wird.

12.9 **Wiederaufleben der Prämienzahlung**
Vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person lebt die Verpflichtung zur Prämienzahlung zum Beginn des Monats wieder auf, der auf die Unterbrechung der Rentenzahlung wegen Unterschreitung des GdB von 50 folgt. Sie können der Fortführung des Vertrages über diesen Zeitpunkt hinaus widersprechen, spätestens jedoch einen Monat nach Unterbrechung über die wieder beginnende Prämienzahlung.

Weitere Bestimmungen

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

- 13.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle oder Krankheiten 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.
- 13.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 13.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

14.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

- 14.1.1 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 unsere Entscheidung erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

14.2 Rücktritt

14.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

- 14.2.1.1 Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

14.2.2 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.

14.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, 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 aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

14.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

- 14.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen 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.

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

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung 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 Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

14.4 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.

- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
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 uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 16 Welches Gericht ist zuständig?**
16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
16.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist.
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
17.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
17.2 Einen Wohnungswechsel haben Sie uns unter Angabe der neuen Anschrift unverzüglich anzuzeigen. Befindet sich Ihr neuer Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland kann der vereinbarte Versicherungsschutz in der Regel nicht fortgeführt werden
17.3 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
- 18 Wie sind Sie während der Rentenzahlung an den Überschüssen beteiligt?**
18.1 Herkunft der Überschussbeteiligung
Um die Rentenleistung in jedem Fall sicherzustellen, ist die im Leistungsfall bei uns gebildete Rentenrückstellung mit einem vorsichtig gewählten Rechnungszins kalkuliert. Die tatsächlichen Kapitalerträge liegen in der Regel über dem Rechnungszins; an den daraus entstandenen Überschüssen nehmen die Rentempfänger in Form der Überschussbeteiligung teil.
18.2 Art der Überschussbeteiligung
Sie werden an den Überschüssen beteiligt, indem der laufende Rentenanspruch erhöht wird. Der dann erhöhte Rentenanspruch ist in der jeweils erreichten Höhe garantiert.
Die Erhöhung erfolgt erst dann, wenn die Rente mindestens ein Jahr bezogen wurde.
Im Falle einer Erhöhung zahlen wir die erhöhte Rente ab dem 1. Januar des auf die Überprüfung folgenden Geschäftsjahres. Über diesen erhöhten Rentenanspruch informieren wir Sie.
18.3 Höhe der Überschussbeteiligung
Wir überprüfen jährlich, ob die im Geschäftsjahr entstandenen Überschüsse eine Erhöhung der laufenden Rentenansprüche rechtfertigen.
Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe die laufenden Rentenansprüche erhöht werden, wird jährlich von unserem Vorstand getroffen und im Geschäftsbericht veröffentlicht.
- 18.4 Erträge**
Mindestens 50% der auf die Rentenrückstellung entfallenen überrechnungsmäßigen Zinserträge verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Rentempfänger. Wir schreiben diese den einzelnen Rentempfängern über erhöhte Rentenansprüche gut.
- 19 Wechselgarantie**
Wird der JuniorSchutz Plus
– für Personen abgeschlossen die das 15. Lebensjahr bereits vollendet haben oder
– erfolgt die Umstellung nach der Vollendung des 15. Lebensjahres gemäß Ziffer 1.1 dieser Bedingungen und
– aus der gültigen altersabhängigen Gesundheitserklärung ergeben sich keine Einschränkungen
sichert Ihnen die Wechselgarantie bei Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit den einfachen Übergang in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung **ohne erneute Gesundheitsprüfung**.
Sobald Sie die Wechselgarantie in Anspruch nehmen, wird die vereinbarte **JuniorSchutz Plus – Rente** in eine Berufsunfähigkeitsrente – zum dann gültigen Tarif bei der Lebensversicherung der Basler Gruppe Deutschland – umgewandelt.
19.1 Diese Wechselmöglichkeit garantieren wir Ihnen in der Höhe der versicherten Monatsrente des JuniorSchutz Plus-Vertrages – maximal 1.000 EUR Monatsrente – und bis zum Ablauf des JuniorSchutz Plus-Vertrages.
19.2 Die Wechselgarantie wird Ihnen gesondert bestätigt.
19.3 Die Wechselgarantie erlischt, wenn Sie aus dem JuniorSchutz Plus-Vertrag eine Leistung beantragt haben oder eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden oder einen Ausweis nach dem Behindertenrecht beantragt haben.
Die Wechselgarantie erlischt ebenfalls, wenn Sie berufsunfähig geworden sind oder nach dem gültigen Tarif für den ausgeübten Beruf kein Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeit geboten wird, spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet.
- 20 Tarifierpassung**
20.1 Der Prämiensatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung) und des Gewinnansatzes kalkuliert.
20.2 Wir sind ist berechtigt, den Prämiensatz für bestehende Versicherungsverträge jährlich zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.
20.3 Tarifliche Anpassungen von Prämiensätzen können von uns mit Wirkung ab der nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages vorgenommen werden. Die Anpassung erfolgt frühestens zum Ablauf der mit dem Antrag vereinbarten Laufzeit.
20.4 Der Prämiensatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, mittels anerkannter mathematisch statistischer Verfahren getrennt ermittelt.
20.5 Wir sind ist berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.
20.5.1 Prämiensenkungen gelten automatisch, auch ohne dass wir Sie informiert haben, als vereinbart.
- 20.5.2 Prämienerrhöhungen werden Ihnen unter Gegenüberstellung der alten und neuen Prämienhöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Prämienerrhöhung, kündigen.
20.6 Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Tarifierpassung unberührt.
- 21 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Klauseln zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den JuniorSchutz Plus (JSP 2012)

Generell vereinbart gilt:

- U 218 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für Kosmetische Operationen
- U 220 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung eines Kinderbetreuungs- und Schulausfallgeldes für minderjährige Kinder

- U 221 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Rooming-In-Leistungen und Mehrkosten im Einzelzimmer für minderjährige Kinder
- U 816 Besondere Bedingungen für die erweiterte Sofortleistung bei Schwerverletzungen
- U 822 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten und Serviceleistungen

Sofern vereinbart gilt:

- U 813 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie um 5 %

Generell vereinbart gilt:

U 218 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen

1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben (ohne Zähne).

- 1.1 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 1.2 Vor der Operation bzw. Behandlung müssen Sie uns einen Kostenvoranschlag einreichen, welcher von uns zu genehmigen ist. Wir ersetzen die Kosten nur, sofern kein anderer Ersatzpflichtiger die Kosten übernimmt. Die Kosten, die nicht von einem anderen Ersatzpflichtigen übernommen werden, erbringen wir maximal bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

1.3 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

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

2 Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs

2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation, mit Entfernung einer kompletten Brustdrüse, unterziehen. Die krebisbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten, maximal bis zu 10.000,00 EUR, für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10 % der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt. Die vorstehenden Leistungen werden nur erbracht, wenn ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet. Vor der Operation bzw. Behandlung müssen Sie uns einen Kostenvoranschlag einreichen, welcher von uns zu genehmigen ist.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.3 Wartezeit

Kein Versicherungsschutz besteht für Fälle, in denen die Brustkrebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird.

U 220 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung eines Kinderbetreuungs- und Schulausfallgeldes für minderjährige Kinder

1 Voraussetzung für die Leistung Kinderbetreuungsgeld

Das versicherte Kind kann wegen der Folgen

- eines Unfalles
- einer Verbrennung der Körperoberfläche oder
- eines Insektenstiches

an mehr als fünf aufeinander folgenden Betreuungstagen nicht den Kindergarten, die Kinderkrippe oder eine gleichgestellte Kinderbetreuungsstätte besuchen. Wird das Kind von einer Tagesmutter/einem Tagesvater betreut, besteht Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld nur, wenn diese/r über eine staatlich anerkannte Ausbildung oder Zertifizierung verfügt. Sie haben uns den Beginn und die Dauer des unfallbedingten Ausfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und einer Bescheinigung der Betreuungseinrichtung nachgewiesen.

1.1 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme täglich ab dem sechsten Feiertag für maximal 20 Feiertage. Ferien oder vorübergehende Schließung der Betreuungseinrichtung oder Ausfälle der Tagesmutter/des Tagesvaters gelten nicht als Feiertage. Mehrere Feiertage wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Zeitraum gewertet.

1.2 Das Kinderbetreuungsgeld entfällt mit der Einschulung des versicherten Kindes.

2 Voraussetzungen für die Leistung Schulausfallgeld

Das versicherte Kind kann wegen eines Unfalles nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen.

2.1. Höhe und Dauer der Leistungen

Wir zahlen das Schulausfallgeld in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe wie folgt:

- ab 20. Schulausfalltag 60 %
- ab 100. Schulausfalltag 100 %

der vereinbarten Versicherungssumme. Das Schulausfallgeld zahlen wir längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet. Ferien oder vorübergehende Schulschließungen gelten nicht als Schulausfall. Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet.

2.2 Mit Beendigung der Schulausbildung (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung), spätestens mit der Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes, entfällt das Schulausfallgeld.

U 221 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Rooming-In-Leistungen und Mehrkosten im Einzelzimmer für minderjährige Kinder

- 1 Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfallereignis im Sinne der Ihrem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-In) und/oder wird das versicherte Kind in einem Einzelzimmer untergebracht, so übernehmen wir die dafür anfallenden Mehrkosten.

- 2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch

gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

- 3 Die Leistung ist je Versicherungsfall insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

U 816 Besondere Bedingungen für die erweiterte Sofortleistung bei Schwerverletzungen

- 1 Die versicherte Person hat vor der Vollendung des 65. Lebensjahres bei einem Unfall eine der folgenden, schweren Verletzungen erlitten:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- c) Schädel-Hirn-Verletzung
Schädelhirntrauma mindestens 2. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- d) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
- Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch, Schienbein- und Oberarmbruch, Speichen- und Oberarmbruch oder Wadenbein- und Oberschenkelbruch)
- gewebezerstörende Verletzungen an zwei inneren Organen
oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Bruch eines langen Röhrenknochens,
- Bruch des Beckens,
- Bruch der Wirbelsäule,
- Gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs

- e) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche

- f) Augenverletzungen
- dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge (Aphakie)

- g) Andere Verletzungen, soweit diese unmittelbar nach dem Unfall zu einem vollstationären ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt von mindestens 30 Tagen führen. Der Krankenhausaufenthalt muss ausschließlich unfallbedingt und medizinisch notwendig sein.

Nicht als vollstationäre Behandlung gelten Reha-Maßnahmen, auch soweit diese stationär und im unmittelbaren Anschluss an die vollstationäre Behandlung durchgeführt werden.

- 2 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung. Im Übrigen entsteht der Anspruch nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

- 3 **Höhe der Leistung**
Wir erbringen eine Sofortleistung in Höhe der vereinbarten Summe.

U 822 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten und Serviceleistungen

- 1 Wir ersetzen nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall

- unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- 3 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- 4 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Auf Wunsch des Versicherten organisieren wir innerhalb von 72 Stunden einen Rücktransport.
- 5 Bei Unfällen auf Urlaubs- oder Geschäftsreisen erstatten wir die zusätzlich entstehenden Kosten für:
- 5.1 die Betreuung minderjähriger Kinder, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben und in deren Haushalt keine Person lebt, bzw. an der Reise teilgenommen hat, die in der Lage ist, die Betreuung zu übernehmen. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.
- 5.2 die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, von der versicherten Person in der Regel gepflegt werden und denen bereits eine Pflegestufe zuerkannt wurde. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.
- 5.3 den erforderlichen Rücktransport von mitgeführten Haustieren oder für die erforderliche Betreuung von Haustieren am Wohnort der versicherten Person, sofern keine andere Person im Haushalt die Betreuung übernehmen kann. Die Erstattung ist auf maximal 250 EUR begrenzt.
- 5.4 für den Transport von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Behandlung und Linderung der Unfallfolgen, soweit dieser auf ärztliche Anordnung erfolgt. Die Erstattung ist auf maximal 100 EUR begrenzt.
- Voraussetzung für diese Kostenerstattungen sind ein medizinisch notwendiger Krankenhausaufenthalt der versicherten Person von mindestens 5 Tagen am Unfallort bzw. dem nächstgelegenen Krankenhaus, sowie eine Mindestentfernung vom Wohnsitz der versicherten Person von 150 km.
- 6 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Kosten für die Heimreise oder Unterbringung folgender mitreisender Personen:
- der/die Ehepartner/in der versicherten Person
 - minderjährige leibliche, Stief-, Pflege- und Adoptivkinder der versicherten Person
 - der/die Lebensgefährtin/in der versicherten Person, sofern diese/r mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, sowie dessen minderjährige leibliche, Stief-, Pflege- und Adoptivkinder
 - minderjährige Enkelkinder der versicherten Person.
- 7 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 8 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 9 **Behindertengerechte Erleichterungen bei Invalidität**
- Besteht aufgrund eines Unfalles und nach endgültiger Feststellung des Invaliditätsgrades eine Minderung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, wodurch
- der behindertengerechte Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person
 - ein Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz
 - der Umbau des Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug

- die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes
 - eine behindertengerechte Fortbildung, wie Gebärdensprache oder Blindenschrift
- erforderlich ist, erhalten Sie einen Kostenzuschuss bis zu 50 % der Gesamtkosten, maximal aber 10.000 EUR. Diese Maßnahmen werden innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Unfalles bei uns geltend gemacht und durchgeführt, bzw. bei Umbaumaßnahmen begonnen.
- 10 **Medizinische Hilfsmittel**
- Wir ersetzen die Kosten für Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate und Rollstühle bzw. Krankenfahrstühle, die innerhalb von drei Jahren aufgrund des versicherten Unfalles angeschafft werden und als medizinisch notwendige Hilfsmittel ärztlich verordnet wurden.
- 11 **Reparatur von Prothesen**
- Falls infolge eines versicherten Unfalls Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 EUR
- 12 **Taxifahrten**
- Kosten von Taxifahrten, die zur unfallbedingten, ambulanten Weiterbehandlung erfolgen, werden bis zu einer Summe von insgesamt 250 EUR übernommen. Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Taxikosten durch Vorlage der Belege fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.
- 13 **Höhe der Leistungen**
- Die Höhe aller vorgenannten Leistungen zusammen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.
- 14 **Voraussetzungen für die Leistungen**
- Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.
- Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und Verordnung nachgewiesen werden.
- 15 **Reha-Management**
- Führt ein Unfall zur Berufsunfähigkeit, vermitteln wir einmalig ein kostenloses Beratungsgespräch mit einem Rehabilitationsdienst. Unter Berufsunfähigkeit ist eine ärztlich bestätigte und dauerhafte Beeinträchtigung der Berufsausübung zu verstehen.
- 16 Die Versicherungssumme für die Bergungskosten und Serviceleistungen nimmt an einer planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistungen (Dynamik) nicht teil.

Sofern vereinbart gilt:

U 813 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie um 5 %

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Prämie angepasst werden.

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 % zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditäts- und Todesfall und die prämienspflichtig versicherten kosmetischen Operationen auf volle Fünfhundert EUR,
 - für die Rente (inkl. JuniorSchutz Plus) auf volle Fünfzig EUR,
 - für Tagegeld, Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld auf volle 0,50 EUR.

Die in dieser Aufzählung nicht genannten Leistungsarten nehmen an einer Anpassung von Summen und Prämie nicht teil.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Da diese aufgerundet werden (siehe Ziffer 2), kann der Prozentsatz der Prämienhöhung über dem liegen, der sich aus Ziffer 1 ergibt.
- 5 Sie erhalten eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6 Sie und wir können diese Zusatzvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.
- 7 Die Erhöhung der Versicherungssummen und der Prämie entfällt mit dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.