

Antrag

auf UnfallGiro Aktiv Plus und StartS

Stand: 01.03.2015

Continentale Sachversicherung AG

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

www.continentale.de

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

www.continentale.de

Antrag auf Unfallrente Aktiv Plus und Krankenversicherung StartS



Falls Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht gewünscht, bitte ankreuzen

Bitte beachten Sie Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 6 dieses Antrages.

Antragsteller

Familienname Frau Herr Vorname

Straße, Hausnummer¹

Postleitzahl¹ Wohnort¹

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Telefonnummer für Rückfragen²

Beruf (zurzeit ausgeübt) Name Firma / Arbeitgeber

öffentl. Dienst

Vertriebspartner/Interne Vermerke

Vep-Nr.

Antrags-Nr. Versicherungs-Nr.

CABRIO-Nr. / Fremd-Nr. 1 Fremd-Nr. 2

Fremd-Nr. 3 Adresskonto-Nr.

Kunden-Nr. (sofern bekannt) Weiterer Vertrag im Verbund

Für Rückfragen zum Antrag:
Vep-Name Telefon-Nr.

¹ Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister (siehe 5. Einwilligung in die Bonitätsauskunft und in die Verwendung der Ergebnisse innerhalb der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung)
² freiwillige Angaben

Zu versichernde Person(en)

Person 1

Frau Herr Familienname Vorname Geburtsdatum

Beruf (zurzeit ausgeübt) Name Firma / Arbeitgeber Anschrift

Straße, Hausnummer¹ Postleitzahl¹ Wohnort¹

Bei Auszubildenden auch voraussichtliches Ende der Ausbildung Benennung des Bezugsberechtigten (Name, Vorname, Geb.-Datum) (siehe 6. Bezugsberechtigung im Todesfall)

Name der Krankenkasse Mitglied Familienversicherung bei Person Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum

Person 2

Frau Herr Familienname Vorname Geburtsdatum

Beruf (zurzeit ausgeübt) Name Firma / Arbeitgeber Anschrift

Straße, Hausnummer¹ Postleitzahl¹ Wohnort¹

Bei Auszubildenden auch voraussichtliches Ende der Ausbildung Benennung des Bezugsberechtigten (Name, Vorname, Geb.-Datum) (siehe 6. Bezugsberechtigung im Todesfall)

Name der Krankenkasse Mitglied Familienversicherung bei Person Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum

Person 3

Frau Herr Familienname Vorname Geburtsdatum

Beruf (zurzeit ausgeübt) Name Firma / Arbeitgeber Anschrift

Straße, Hausnummer¹ Postleitzahl¹ Wohnort¹

Bei Auszubildenden auch voraussichtliches Ende der Ausbildung Benennung des Bezugsberechtigten (Name, Vorname, Geb.-Datum) (siehe 6. Bezugsberechtigung im Todesfall)

Name der Krankenkasse Mitglied Familienversicherung bei Person Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum

Person 4

Frau Herr Familienname Vorname Geburtsdatum

Beruf (zurzeit ausgeübt) Name Firma / Arbeitgeber Anschrift

Straße, Hausnummer¹ Postleitzahl¹ Wohnort¹

Bei Auszubildenden auch voraussichtliches Ende der Ausbildung Benennung des Bezugsberechtigten (Name, Vorname, Geb.-Datum) (siehe 6. Bezugsberechtigung im Todesfall)

Name der Krankenkasse Mitglied Familienversicherung bei Person Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum

¹ falls abweichend vom Antragsteller

Allgemeine Vertragsdaten Unfallrente Aktiv Plus bei der Continentale Sachversicherung AG

Neuantrag Änderungsantrag Versicherungs-Nr.

Versicherungsbeginn Versicherungsablauf
 Versicherungsdauer Zahlungperiode

01. 01.
 jeweils 0 Uhr mögl.: 1–5 Jahre (5 Jahre = 5 % Nachlass) 1/1jährlich 10 % Nachlass 1/2jährlich 5 % Nachlass 1/4jährlich 3 % Nachlass monatlich nur bei Abruf

Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn die Kündigung nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer der anderen Partei in Schriftform zugegangen ist. Bei einer vereinbarten Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag vom Versicherungsnehmer zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten in Schriftform gekündigt werden.

Unfallrente Aktiv Plus (Beiträge und Leistungen in EUR) bei der Continentale Sachversicherung AG

Per- son	Gefahren- Gruppe	monatliche Unfallrente	XL		XXL	Beitrag	Reha Plus	Beitrag	Junge Leute-Nachlass 15 % ab 18 bis 29 Jahre	10 % ab 30 bis 34 Jahre	monatlicher Gesamtbeitrag
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beitragsberechnung Unfallrente Aktiv Plus bei der Continentale Sachversicherung AG

Beitragsberechnung

	ab-/zuzüglich	Zwischensumme
Monatlicher Beitrag für alle Personen EUR		<input type="text"/>
x <input type="text"/> It. Zahlungsperiode		= <input type="text"/>
- Beitrag ab dem 3. Kind (Tarif XXL)	<input type="text"/>	= <input type="text"/>
- <input type="text"/> % Treuenachlass	<input type="text"/>	= <input type="text"/>
- 5 % Dauernachlass	<input type="text"/>	= <input type="text"/>
- <input type="text"/> % Nachlass lt. Zahlungsperiode	<input type="text"/>	= <input type="text"/>
- 10 % Nachlass ab 3 Personen	<input type="text"/>	= <input type="text"/>
- <input type="text"/> % Bündelnachlass	<input type="text"/>	= <input type="text"/>
+ <input type="text"/> % Versicherungssteuer	<input type="text"/>	= <input type="text"/>

Gesamtbeitrag gemäß Zahlungsperiode inklusive Versicherungssteuer (siehe „Mindestbeitrag“ auf Seite 6)

Sonstige Hinweise zur Beitragsberechnung:

Krankenversicherung Tarif StartS bei der Continentale Krankenversicherung a.G

Neuantrag Änderungsantrag Versicherungsbeginn

Vertragsdauer: Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Beitragszahlungsweise 1/ jährlich

Besondere Vereinbarungen

Person	Tarif	Beitrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR
monatlicher Gesamtbeitrag		<input type="text"/> EUR
Gesamtbeitrag gemäß Zahlungsweise		<input type="text"/> EUR

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen / Angaben zum Gesundheitszustand

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 6 dieses Antrages.

a) Gesundheitserklärung für Neukunden bzw. bei erstmaliger Versicherung einer Person (Unfallrente Aktiv Plus):

1. Wurde eine zu versichernde Person in den letzten 5 Jahren aufgrund von **Unfallereignissen/Stürzen** mindestens zweimal stationär behandelt/ambulant operiert oder wurde sie wegen einer **schweren Erkrankung** ärztlich behandelt?
- Nein Ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose und Therapie

Schwere Erkrankungen sind:

- Erkrankungen, die in den letzten 5 Jahren zu einer stationären Behandlung oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben
- Erkrankungen, die einer regelmäßigen, mindestens halbjährlichen Behandlung (nicht: Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) bedürfen
- Erkrankungen, die eine regelmäßige Einnahme der Medikamente Heparin, Marcumar, Falithrom, Warfarin oder sonstiger blutverdünnender Mittel erfordern
- Sehschwäche von 8 Dioptrien oder mehr

Bitte Frage 2. unbedingt beantworten, auch wenn Frage 1. mit „Nein“ beantwortet wurde!

2. Besteht bei einer zu versichernden Person eine Schwerbehinderung (GdB) bzw. anerkannte Pflegebedürftigkeit oder wurde ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung bzw. Pflegestufe gestellt?
- Nein Ja, bitte Bescheid beilegen bzw. Datum der Antragstellung angeben – eine Kopie des Schwerbehindertenausweises reicht nicht aus

Person

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

b) Vorversicherungsangaben (Unfallrente Aktiv Plus):

Bestand oder besteht eine weitere private Unfallversicherung oder wurde eine beantragt? Nein Ja, bitte weitere Angaben machen

Person Versicherer, Zeitraum, Versicherungs-Nr.

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

c) Vorversicherungsangaben (StartS)

Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen weitere Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung? Wurden welche beantragt oder beantragte Versicherungen abgelehnt?

Person 1: nein ja Person 2: nein ja Person 3: nein ja Person 4: nein ja

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Versicherer unerwünscht.

Person	Versicherer	Versicherungs-Nummer	Zeitraum von – bis bzw. abgelehnt am	Wurde die Versicherung beendet?
				nein wenn ja, von wem?
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR

VN = Versicherungsnehmer / VR = Versicherungsunternehmen (private Krankenversicherung bzw. gesetzliche Krankenversicherung)

Der vorgesehene Raum reicht für die Beantwortung der Fragen nicht aus. Weitere Angaben sind auf einem gesonderten Blatt vermerkt, das dem Antrag als Anlage beigelegt ist.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG

Name des Antragstellers	Geburtsdatum des Antragstellers
Name der zu versichernden Person 1	Geburtsdatum der zu versichernden Person 1
Name der zu versichernden Person 2	Geburtsdatum der zu versichernden Person 2
Name der zu versichernden Person 3	Geburtsdatum der zu versichernden Person 3
Name der zu versichernden Person 4	Geburtsdatum der zu versichernden Person 4

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung bzw. Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. **IT-Dienstleister** weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten – gilt nur für die Continentale Krankenversicherung a.G. (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G. bzw. Continentale Sachversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt – gilt für die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht (Absatz gilt nur für die Continentale Krankenversicherung a.G.)

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Continentale Krankenversicherung a.G. benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. **Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

Möglichkeit I:

PERSON 1 PERSON 2 PERSON 3 PERSON 4

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Continentale Krankenversicherung a.G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

oder

Möglichkeit II:

PERSON 1 PERSON 2 PERSON 3 PERSON 4

Ich wünsche, dass mich die Continentale Krankenversicherung a.G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Krankenversicherung a.G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Continentale Krankenversicherung a.G. konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall des Todes (Absatz gilt nur für die Continentale Krankenversicherung a.G.)

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. **Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

Möglichkeit I:

PERSON 1 PERSON 2 PERSON 3 PERSON 4

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe 2.1. – Möglichkeit I).

oder

Möglichkeit II:

PERSON 1 PERSON 2 PERSON 3 PERSON 4

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G. und der Continentale Sachversicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung (Absatz gilt nur für die Continentale Krankenversicherung a.G.)

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Continentale Krankenversicherung a.G. benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Continentale Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) (Absatz gilt für die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen gegebenenfalls die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.continentale.de/dienstleisterliste eingesehen oder bei Herrn Guido Wiedefeld (Datenschutzbeauftragter, Continentale Krankenversicherung a.G., Ruhrallee 92, 44139 Dortmund, 0231-919-2937, datenschutz@continentale.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG dies tun dürften. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbundes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen (Absatz gilt für die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG)

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Continentale Krankenversicherung a.G. oder die Continentale Sachversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler (Absatz gilt für die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG)

Die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermitteln und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrages kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (sog. Abschlussvermittler), und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z. B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrages mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvermittler Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. an Abschlussvermittler auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt (Absatz gilt für die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG)

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichern und nutzen.

5. Einwilligung in die Bonitätsauskunft und in die Verwendung der Ergebnisse

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine Antragsangaben Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei Auskunfteien (z.B. SCHUFA, Infoscore, Creditreform) durchzuführen. Weiter willige ich ein, dass die für Bonitätsprüfungen genutzten Auskunfteien die erhaltenen Daten speichern und nutzen.

Die Nutzung umfasst die Errechnung eines Wahrscheinlichkeitswertes auf Grundlage des Datenbestandes der Auskunftei zur Beurteilung des Ausfallrisikos (sog. Score). Hierbei handelt es sich um Bonitätsinformationen auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, die immer nur ein allgemeines Zahlungsausfallrisiko beschreiben. Die Nutzung umfasst zudem die Prüfung der Identität und des Alters auf Anfrage der Vertragspartner der Auskunftei. Des Weiteren übermittelt die Auskunftei die erhaltenen Daten an ihre Vertragspartner im Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz, um diesen Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Personenbezogene Daten werden von den Auskunfteien nur zur Verfügung gestellt, wenn ein berechtigtes Interesse im Einzelfall glaubhaft dargelegt werden kann und die Übermittlung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Unabhängig davon wird die Continentale Krankenversicherung a.G. auch Daten über gegen mich bestehende fällige Forderungen (Forderungsbetrag nach Titulierung) an Auskunfteien (z. B. SCHUFA) übermitteln. Dies ist nach dem Bundesdatenschutzgesetz (§ 28a Abs. 1 Satz 1 BDSG) zulässig und erfolgt in den Fällen, wenn ich die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht habe, die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder Dritter erforderlich ist und die Forderung durch ein rechtskräftiges oder für vorläufig vollstreckbar erklärtes Urteil festgestellt worden ist oder ein Schuldtitel nach § 794 der Zivilprozessordnung vorliegt.

Zu diesen Zwecken befreie ich die Continentale Krankenversicherung a.G. bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von Ihrer Schweigepflicht. Über die genutzte Auskunftei und deren Kontaktdaten sowie die gespeicherten und übermittelten Daten erhalte ich auf Anforderung Auskunft.

Darüber hinaus willige ich jederzeit widerruflich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfungen zu meiner Person übermittelten Ergebnisse während der ersten fünf Jahre der Laufzeit dieses Vertrages zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere die Versichertengemeinde schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen.

Für die Bonitätsprüfungen benötigt der Versicherer die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes lt. Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich gegebenenfalls aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale Versicherungsverbundes ergeben, in einer Summe abgebucht werden (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben).

Sofern Sie der Continentale Krankenversicherung a.G. bereits ein Rahmenmandat erteilt haben, werden wir dieses auch für die Einziehung der fälligen Beträge aus diesem Vertrag nutzen.

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrages in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben):

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646) durchgeführt und mit „Continentale/Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a.G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbundes.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646

Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

Familien- und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch 5 Tage vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Erklärung zur Leistungsauszahlung

Die Leistungen sollen bis auf Widerruf auf folgendes Konto überwiesen werden.

IBAN BIC Name und Ort des Geldinstituts

Name und Vorname des Kontoinhabers, wenn er vom Antragsteller abweicht

Unterschrift des Kontoinhabers, wenn er vom Antragsteller abweicht

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich

- für die **Unfallversicherung**: die Vertragsinformation zur Unfallversicherung und das entsprechende Produktinformationsblatt erhalten habe.
- für die **Krankenversicherung**: die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Tarife mit Tarifbedingungen) mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) sowie die weiteren Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Satzung Continentale Krankenversicherung a.G., Dienstleisterliste, Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) erhalten habe.

Unterschrift des Antragstellers:

Schlussfolgerungen und Antragsunterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 6.

Bitte lesen Sie auch die Abschnitte B) Informationen und C) Einwilligungen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen auf den Seiten 6 bis 7 (bzw. 8) dieses Antrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Informationen / Einwilligungen und Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

Unfallrente Aktiv Plus: Ich stimme zu, dass der vereinbarte Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist liegen kann.

StartS: Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum beantragten Versicherungsbeginn und nach Ablauf von Wartezeiten.

Datum Unterschrift Antragsteller/in

Datum Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren* ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Datum Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren* ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Datum Unterschrift der zu versichernden Person 3 ab 16 Jahren* ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Datum Unterschrift der zu versichernden Person 4 ab 16 Jahren* ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Datum Unterschrift des Vermittlers * Die Unterschrift der zu versichernden Person ist nicht erforderlich, wenn diese gleichzeitig Antragsteller ist.

A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung für eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir den Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? – Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform fragen, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt wird, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes – Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

b) Kündigung – Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden, sofern es sich nicht um eine Krankheits-

kostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

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

c) Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes – Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsanpassung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

d) Ausübung der Rechte – Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir die Erklärung stützen. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung können wir uns nicht berufen, wenn der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

e) Stellvertretung durch eine andere Person – Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung seiner Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

B) Informationen

1. Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.continentale.de/datenverwendung abrufen können. Ebenfalls im Internet unter der Adresse www.continentale.de/dienstleisterliste abrufen können Sie Listen der Unternehmen unseres Versicherungsverbands, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Bitte wenden Sie sich an die Continentale Krankenversicherung a.G. oder Continentale Sachversicherung AG, Ruhrallee 92, 44139 Dortmund, E-Mail: info@continentale.de

2. Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Continentale Versicherungsverbands auf Gegenseitigkeit und dessen Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

3. Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben (z. B. zur Überprüfung Ihrer Vorversicherung) im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

4. Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die Continentale Sachversicherung AG, Direktion: Ruhrallee 92 in 44139 Dortmund.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenen Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Die Berechnung des entsprechenden Betrags erfolgt anhand folgender Formel:

$$\begin{array}{l} \text{Anzahl der Tage, an denen} \\ \text{Versicherungsschutz} \\ \text{bestanden hat} \end{array} \times \begin{array}{l} 1/360 \text{ des Beitrags der jährlichen Zahlung} \\ \text{(bei halb-, vierteljährlicher und monatlicher Zahlung} \\ \text{entsprechend } 1/180, 1/90 \text{ bzw. } 1/30 \text{ des Zahlbeitrags)} \end{array}$$

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat und bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung. Widerrufen Sie wirksam einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

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

Ende der Widerrufsbelehrung

5. Mindestbeitrag

Der Mindestbeitrag beträgt je Vertrag 40 EUR unter Berücksichtigung aller Nachlässe und Zuschläge vor Versicherungssteuer (Jahresnettobeitrag).

6 Verbesserte Leistungen (Tarif XXL)

Es gelten die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen. Diese beinhalten eine verbesserte Gliedertaxe bei der Invaliditätsleistung und Unfallrente, eine verlängerte Leistungsdauer und zeitweise Zahlung in doppelter Höhe beim Krankenhaustagegeld, ein Krankenhaustagegeld für ambulante Operationen, eine erweiterte Rooming-in-Leistung, ein verbessertes Haushaltshilfegeld, ein erweitertes Schulausfallgeld, eine erhöhte Kurkostenbeihilfe, verbesserte Serviceleistungen inklusiv Bergungskosten sowie die Beitragsbefreiung für das 3. und jedes weitere nach dem Kindertarif versicherte Kind einer Familie, soweit und solange mehr als 2 Kinder nach dem Kindertarif durch einen Familienangehörigen (Eltern und Geschwister) versichert sind.

7. Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 %

Versicherungssummen und Beitrag erhöhen sich jährlich um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 %. Die Vereinbarung endet, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist. Der Zuwachs von Leistung und Beitrag gilt nicht für die Reha-Leistungen (Reha Plus), die Serviceleistungen inkl. Bergungskosten, die Kurkostenbeihilfe, das Haushaltshilfegeld, die Rooming-in-Leistung, die Familienvorsorge-Versicherung und – falls versichert – nicht für die Zeit der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit.

Leistungen	Unfallrente Aktiv Plus XL	Unfallrente Aktiv Plus XXL
Lebenslange monatliche Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad von	• 50 % • Halbe Rente bereits ab 35 %	• 50 % • Halbe Rente bereits ab 35 %
Kapitalleistung bis zum 300fachen der Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad von	1 %	1 %
• 10 Jahre Rentengarantie • 12 Monatsrenten als Leistung bei Tod	Ja	Ja
Kosten für kosmetische Operationen bis zum	5fachen der Unfallrente	5fachen der Unfallrente

Beitragsfreie Service-Leistungen je versicherte Person (EUR)	Unfallrente Aktiv Plus XL	Unfallrente Aktiv Plus XXL
Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze inklusive Auslands-Assistance bei Unfällen im Ausland • Krankenrücktransport inkl. An- und Abtransport zum Flughafen und Anmeldung im Krankenhaus • Abklärung der medizinischen Versorgung vor Ort • Überführung Verstorbener nach Deutschland	15.000	30.000
Notruf- und Service-Zentrale für Unfälle im Ausland Telefon-Nr.: +49 221 9822 827, Telefax-Nr.: +49 40 6945 9761 339 Mail: ambulance@malteser.org	24 Stunden täglich - 365 Tage im Jahr	
Notruf- und Service-Zentrale für Unfälle im Inland Telefon-Nr.: 0231 919-2313, Telefax-Nr.: 0231 919-2522	24 Stunden täglich - 365 Tage im Jahr	
Kurkostenbeihilfe von	2.000	3.000
Haushaltshilfegeld für Erwachsene bis	2.000	3.000
Rooming-in-Leistung für Kinder bis	2.000	3.000

8. Leistungsbeschreibung zur Unfallrente Aktiv Plus

Beispiel für Unfallrente in Höhe von 1.000 EUR				
Unfallbedingter Invaliditätsgrad			Lebenslange monatliche Unfallrente EUR	Zusätzliche Kapitalleistung EUR
%		%	Aktiv Plus	Aktiv Plus
1	bis unter	10	–	1.000
10	bis unter	20	–	2.000
20	bis unter	35	–	5.000
35	bis unter	50	500	10.000
50	bis unter	55	1.000	50.000
55	bis unter	60	1.000	55.000
60	bis unter	65	1.000	60.000
65	bis unter	70	1.000	65.000
70	bis unter	75	1.000	70.000
75	bis unter	80	1.000	75.000
80	bis unter	85	1.000	80.000
85	bis unter	90	1.000	85.000
90	bis	100	1.000	300.000

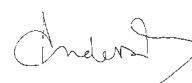
9. Bestätigung über den beitragsfreien vorläufigen Versicherungsschutz in der Unfallversicherung

Für die nach dem 1. eines Monats beantragten Unfallversicherungen, bei denen im Antrag als Zeitpunkt für den Beginn der Versicherung der 1. des der Antragstellung folgenden Monats angegeben ist, beginnt ab Eingang des Antrags in der Bezirksdirektion, im Kundendienst-Centrum, in der Maklerdirektion bzw. in der Direktion des Versicherers 0 Uhr Versicherungsschutz bis zu den in den gültigen Tarifbestimmungen ausgewiesenen Höchstsummen. Dieser vorläufige Versicherungsschutz endet mit dem Beginn des Versicherungsschutzes aus dem beantragten Versicherungsvertrag, mit Ablehnung des Antrags durch den Versicherer oder wenn der Versicherungsnehmer seinen Antrag anfecht bzw. von seinem Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz Gebrauch macht, spätestens jedoch mit dem Ablauf von einem Monat nach dem Antragsdatum. Er tritt rückwirkend außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird, der Versicherungsnehmer den Beitrag für den endgültigen Versicherungsvertrag aber nicht rechtzeitig gezahlt hat. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zur Fälligkeit eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Sofern mit dem Antrag die Aufhebung einer bestehenden Unfallversicherung zu einem späteren Zeitpunkt beantragt wird, besteht der vorläufige Versicherungsschutz nur insoweit, als er über den bisherigen Versicherungsschutz hinausgeht.

Continental Sachversicherung AG



Posch



Andersch

C) Einwilligungen und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Erklärung des Antragstellers bei Minderjährigkeit der zu versichernden Person(en)

Ich bin damit einverstanden, dass die versicherte Person nach Erreichen der Volljährigkeit ihre Unfallversicherung übernimmt. Ausreichend ist die Übernahmeerklärung der versicherten Person.

2. Versicherungsbedingungen Unfall

Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 der Continentale), die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen inklusive Bergungskosten in der Unfallversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung der Kosten für psychologische Betreuung in der Unfallversicherung, die Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung und – soweit ausdrücklich vereinbart – die weiteren Besonderen Bedingungen.

3. Bezugsberechtigung im Todesfall

Die Bezugsberechtigung bestimmt, wer bei Unfalltod der versicherten Person die evtl. vereinbarte Todesfall-Leistung bzw. bei Versicherung einer Unfallrente die Leistungen bei Tod der versicherten Person erhalten soll.

Bei minderjährigen mitversicherten Personen darf ein Bezugsberechtigter aufgrund gesetzlicher Vorschriften nicht benannt werden; die Angabe „Erben“ ist aber möglich.

Ist kein Bezugsberechtigter benannt, gilt die Erbfolge.

4. Versicherungsbedingungen StartS

Ich bin damit einverstanden, dass die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen Bestandteil des Versicherungsvertrages werden.

5. Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, bevor der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Versicherer schriftlich die Annahme des verbindlichen Antrags erklärt.

6. Zusatzvereinbarung zur Tarifvariante BKK

Mir ist bekannt, dass eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ eine Beitragsvergünstigung von 3 % begründet (für die Tarife StartK, StartS und StartS sind in der Tarifvariante „BKK“ abweichende Vergünstigungen im Beitrag enthalten). Der reduzierte Beitrag ist im Antrag und Versicherungsschein ausgewiesen. Diese Beitragsvergünstigung wurde bei der Beitragsfestsetzung bereits berücksichtigt und gilt für den Zeitraum, in dem eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“ besteht. Während dieser Zeit wird die Tarifbezeichnung um „BKK“ ergänzt.

Für die Dauer einer Ausbildungsversicherung nach den Besonderen Bedingungen AZ ist eine Beitragsvergünstigung für die Tarifvariante „BKK“ nicht vorgesehen. Endet die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung in der Tarifvariante „BKK“. Die Versicherung wird dann ohne Beitragsvergünstigung fortgesetzt. In diesem Fall kann ich die Versicherung für die Tarife StartK, StartS und StartS innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall der Beitragsvergünstigung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Sollte eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nicht zustande kommen, wird die Versicherung ohne Beitragsvergünstigung geführt.

Ich/Wir beauftrage/n und ermächtige/n die Continentale Betriebskrankenkasse der Continentale Krankenversicherung a.G. das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und das Ende meiner/unserer Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der Continentale Betriebskrankenkasse mitzuteilen. Darüber hinaus beauftrage/n und ermächtige/n ich/wir die Continentale Krankenversicherung a.G. – solange meine/unsere Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der Continentale Betriebskrankenkasse besteht – der Continentale Betriebskrankenkasse das Nichtzustandekommen, das Bestehen und das Ende meines/unseres Versicherungsschutzes nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. für die Continentale Betriebskrankenkasse mitzuteilen.

Risikoträger

Continentale Sachversicherung AG

Ein Unternehmen des Continentale
Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Helmut Posch (Vorsitzender),
Stefan Andersch, Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continentale
Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Helmut Posch (Vorsitzender),
Dr. Christoph Helmich, Alf N. Schlegel,
Dr. Gerhard Schmitz, Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Dienstleisterliste und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a.G. und der Continentale Sachversicherung AG

Liste der Dienstleister der Continentale Krankenversicherung a.G. und der Continentale Sachversicherung AG, die im Sinne der Artikel 21 und 22 der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct), personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten im Auftrag erheben und verarbeiten und/oder im Wege der Funktionsübertragung übermittelt bekommen können. Die Liste beinhaltet auch die Dienstleister zur „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.“

Die folgenden Listen nennen mögliche Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a.G. und der Continentale Sachversicherung AG. Das bedeutet, dass für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung im Einzelfall geprüft wird, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Keinesfalls erfolgt eine automatische Datenübermittlung an jeden, der in den Listen genannt ist.

Die Listen werden laufend aktualisiert und sind im Internet unter www.continentale.de/dienstleisterliste einsehbar.

Continentale Krankenversicherung a. G.:

Auftragnehmer, Kooperationspartner Einzelne Stellen	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Continentale Business Services GmbH; Österreich, 1010 Wien	Rechnungswesen in Österreich (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)	Ja, teilweise
Continentale Lebensversicherung AG	Interner Service (Empfang/Telefonservice; Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost)	Ja, teilweise
Europa Versicherung AG	Interner Service (Empfang/Telefonservice; Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost)	Ja, teilweise
Mannheimer Krankenversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung; Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost	Ja, teilweise
Assekuranz, Service- und Sachverständigen-gesellschaft mbH	Leistungsprüfung	Ja
Beratungsdienst Hesse	Fachberatung für medizinische Produkte	Ja
Creditreform Dortmund/Witten Scharf KG	Wirtschaftsauskünfte	Nein
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	Ja
infoscore Consumer Data GmbH; Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden	Bonitätsprüfung, Adressverifizierung	Nein
Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH	Assistance-Leistungen nur zu den Pflegezusatztarifen (PG-K-plus, PG-K, PG-E, PZ-U)	Ja, teilweise
MD Medicus AssistanceService GmbH	Ärztliche Gutachten und Assistance-Leistungen für Versicherte im Ausland	Ja
MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH	Telefonservice im Gesundheitsservice und Demand-Management	Ja
PAV Card GmbH	Erstellung von Versicherten-Karten	Nein
Poolrevision des PKV-Verbandes	Vertrags- und Leistungsstatistik zur Pflegepflichtversicherung und zum Basistarif	Ja
ROLAND Assistance GmbH	Assistance-Leistungen nur zum Tarif „StartStationär“	Ja
Schufa Holding AG; Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden	Bonitätsprüfung	Nein

Auftragnehmer, Kooperationspartner Kategorien	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Adressermittler	Adressprüfung	Nein
Gutachter und Sachverständige (z. B. Ärzte)	Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen	Ja
IT-Dienstleister	Wartungs-, Analyse- und Servicearbeiten; Aktenentsorgung	Ja, teilweise
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen	Nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	Nein
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung	Ja
Sanitätshäuser	Hilfsmittelversorgung	Ja
Vermittler	Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung	Ja, teilweise

Stand: 15.01.2015

Continentale Sachversicherung AG:

Auftragnehmer, Kooperationspartner Einzelne Stellen	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Continentale Krankenversicherung a.G.	Rechenzentrum, Rechnungswesen, Inkasso, Exkasso, Forderungseinzug, Recht, Kommunikation, Beschwerdebearbeitung, Qualitätsmanagement, Statistiken, Medizinischer Beratungsdienst, Revision, Betriebsorganisation, Empfang/Telefonservice, Postservice inkl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Antrags- und Vertragsbearbeitung, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistungen	Ja, teilweise
Continentale Lebensversicherung AG/	Interner Service	Ja, teilweise
EUROPA Versicherung AG	Interner Service	Ja, teilweise
RelIntra GmbH	Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungen	Ja, teilweise
Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH	Durchführung und Vermittlung von Assistance-Leistungen	Ja, teilweise
infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99; 76532 Baden-Baden	Bonitätsprüfung	Nein
AVUS-SSH GmbH	Einsichtnahme in Ermittlungsakten im Ausland	Ja, teilweise

Auftragnehmer, Kooperationspartner Kategorien	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Gutachter, Sachverständige und Ärzte	Erstellung von Gutachten, Beratungsdienstleistungen	Ja
Rückversicherer	Risikoprüfung, Schadenprüfung	Ja
Vermittler	Postservice, Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung	Ja, teilweise
Adressermittler	Adressprüfung	Nein
Ermittler	Schadenbearbeitung	Ja
Übersetzer	Übersetzung	Ja
Auskunfteien	Wirtschaftsauskünfte	Nein
Inkassounternehmen	Inkasso	Nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	Nein
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten	Ja, teilweise
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen	Nein

Beitragstabelle zu UnfallGiro – die Unfallversicherung

Leistungen und Beiträge ¹ in EUR	Unfallrente Aktiv Plus XL				Unfallrente Aktiv Plus XXL				Reha Plus – Der Reha-Service	
	250	500	750	1.000	250	500	750	1.000	XL und XXL	
Gefahrengruppe/Tarif	Monatsbeiträge in EUR (ohne Versicherungssteuer)									
A Normaltarif	4,20	8,40	12,60	16,80	5,68	11,35	17,03	22,70	1,70	
öffentl. Dienst	3,00	6,00	9,00	12,00	4,43	8,85	13,28	17,70	1,50	
F Normaltarif	3,45	6,90	10,35	13,80	4,53	9,05	13,58	18,10	1,60	
öffentl. Dienst	2,85	5,70	8,55	11,40	3,63	7,25	10,88	14,50	1,40	
B Normaltarif	7,28	14,55	21,83	29,10	10,15	20,30	30,45	40,60	2,50	
öffentl. Dienst	5,85	11,70	17,55	23,40	7,73	15,45	23,18	30,90	2,20	
K Normaltarif	2,43	4,85	7,28	9,70	3,08	6,15	9,23	12,30	1,10	
öffentl. Dienst	1,80	3,60	5,40	7,20	2,38	4,75	7,13	9,50	1,00	

¹ Der Mindestbeitrag beträgt je Vertrag 40 EUR unter Berücksichtigung aller Nachlässe und Zuschläge vor Versicherungssteuer (Jahresnettobeitrag).

Beitragstabelle zu StartS

Tarifstufen StartStationär	Beiträge	
	bis 50 Jahre	51- 65 Jahre
 = S (GKV-Mitglied)	4,00 EUR	7,50 EUR
 = SK (GKV-Mitglied und beitragsfrei mitversicherte/s Kind/er)	8,00 EUR	11,50 EUR
 = P (GKV-Mitglied und beitragsfrei mitversicherte/r Partner/in)	8,00 EUR	15,00 EUR
 = PK (GKV-Mitglied und beitragsfrei mitversicherte Familie)	12,00 EUR	19,00 EUR

Vertragsinformation

UnfallGiro & StartS

Stand: 01.03.2015

Continentale Sachversicherung AG
Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
www.continentale.de

Continentale Krankenversicherung a.G.
Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
www.continentale.de

Inhalt:

	Seite
Produktinformationsblatt zu UnfallGiro – die Unfallversicherung	2
Produktinformationsblatt zu UnfallGiroVita – die Unfallversicherung mit Hilfs- und Pflegeleistungen sowie Reha-Service	4
Produktinformationsblatt zur privaten Krankenversicherung (StartS)	6
Vertragsinformation UnfallGiro – die Unfallversicherung der Continentale	7
Vertragsinformation UnfallGiroVita – die Unfallversicherung mit Hilfs- und Pflegeleistungen der Continentale	45
Vertragsinformation – Rahmenbedingungen und Tarif mit Tarifbedingungen für Zusatzversicherte nach dem Tarif StartS	58

Produktinformationsblatt zu UnfallGiro – die Unfallversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen vorgeschlagene Versicherung. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den in der Vertragsinformation (Formular-Nr. U.7e.5310) enthaltenen Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung schlagen wir Ihnen vor?

Wir schlagen Ihnen eine Unfallversicherung vor.

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Versichert sind Unfälle, die der versicherten Person zustoßen. Soweit Sie nichts anderes mit uns vereinbaren, gilt das grundsätzlich für den gesamten privaten und beruflichen Bereich (auch Sport- und Verkehrsunfälle), weltweit und rund um die Uhr, auch wenn der Unfall selbst verschuldet wurde.

a) Was ist ein Unfall?

Ein Unfall liegt etwa vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht, stürzt oder Ähnliches, oder von anderen verletzt wird. Keine Unfälle dagegen sind z. B. Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (wie ein Rückenleiden durch langes Sitzen). **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale).**

b) Was leisten wir?

Die Unfallversicherung ist im Wesentlichen eine Summenversicherung, d. h. wir zahlen die vereinbarten Geldleistungen. Heilbehandlungskosten (z. B. Kosten für Arzt-/Krankenhausbehandlung) übernehmen wir nicht. Sie sind Gegenstand der Krankenversicherung.

Hier erläutern wir beispielhaft zwei besonders wichtige Leistungsarten, die Invaliditätsleistung und die Unfallrente:

Wenn die versicherte Person durch einen Unfall dauerhafte Beeinträchtigungen erleidet (z. B. Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen), zahlen wir je nach Vereinbarung einen einmaligen Betrag (Invaliditätsleistung) und/oder eine Unfallrente.

Die Höhe der Invaliditätsleistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und dem Grad der Invalidität. Die vereinbarte Unfallrente wird ab 50 % Invaliditätsgrad gezahlt. Bei den Unfallrenten Komfort Plus und Aktiv/Aktiv Plus zahlen wir die Hälfte der vereinbarten Rente bereits ab 35 % Invaliditätsgrad. Bei den Unfallrenten Forte/Aktiv Plus erbringen wir zusätzlich eine einmalige Kapitalleistung ab 1 % Invaliditätsgrad, bei der Unfallrente Aktiv ab 20 % Invaliditätsgrad. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 2 der AUB 2014 der Continentale und für die Unfallrenten den jeweiligen Besonderen Bedingungen. Ihrem Antrag können Sie weitere Einzelheiten (z. B. zu Versicherungssummen) entnehmen.**

c) Werden auf die Invaliditätsleistung bzw. auf die Unfallrente Zahlungen angerechnet, die Sie von anderen wegen des Unfalls erhalten?

Nein. Diese Leistungen erhalten Sie unabhängig von und zusätzlich zu anderweitigen Zahlungen, die Sie wegen des Unfalls erhalten, z. B. von der Krankenversicherung, einer gegnerischen Haftpflichtversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder einer weiteren privaten Unfallversicherung.

d) Was sind Reha-Leistungen und wann erhalten Sie diese?

Der Reha-Service unterstützt Sie nach schweren Unfällen über einen Zeitraum von drei Jahren und Ihre Kinder bis zu fünf Jahre.

Unter der Leitung eines Reha-Managers sorgt ein erfahrenes Team aus Ärzten, Psychologen und Berufsberatern für die:

- Gezielte Planung der Rehabilitation
- Optimierung des Heilungsverlaufs
- Organisation des sozialen Umfelds
- Berufliche oder schulische Reintegration

Wir erbringen die vereinbarten Reha-Leistungen (Reha Plus), wenn die versicherte Person durch den Unfall bestimmte schwere Verletzungen erlitten hat oder sich wegen des Unfalls in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung von mindestens 14 Tagen befindet. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen (Reha Plus) in der Unfallversicherung.**

e) Was sind Betreuungsleistungen und wann erhalten Sie diese?

Bei vereinbarten Betreuungsleistungen haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn der Unfall des versicherten Kindes zu einem Betreuungsbedarf führt. Die Leistungen umfassen z. B. die Betreuung des versicherten Kindes einschließlich der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie der Unterstützung bei der Körperpflege.

Wir erbringen die vereinbarten Betreuungsleistungen, wenn das versicherte Kind durch den Unfall so beeinträchtigt ist, dass es eine Betreuung benötigt (Betreuungsbedürftigkeit) und in dem Haushalt keine Person lebt, die die Betreuung übernehmen kann. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung.**

f) Was sind Hilfsleistungen und wann erhalten Sie diese?

Bei vereinbarten Hilfsleistungen haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn Sie nach einem Unfall für eine Übergangszeit auf Hilfe angewiesen sind. Die gesetzlich vorgesehenen Leistungen greifen nicht immer und sofort. Deshalb unterstützen wir Sie schnell und unbürokratisch mit genau den Hilfsleistungen, die Sie in dem Moment benötigen. So können Sie sich nach einem Unfall die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bewahren. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung.**

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag, wann müssen Sie ihn bezahlen und was passiert, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen?

Gesamtbeitrag EUR gem. Zahlungsperiode inkl. Vers.-Steuer	
Beitragsfälligkeit/Zahlungsperiode	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich Erstmals zum Versicherungsbeginn _____
Vertragslaufzeit	<input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> ___ Jahr(e)

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen, nicht aber vor dem darin unter „Gesamtbeitrag für den Vertragsstand ab“ ausgewiesenen Datum. Wenn Sie den ersten Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Zahlen Sie einen der weiteren Beiträge nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag und den Ziffern 10 und 11 der AUB 2014 der Continentale.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, denn sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz herausgenommen.

Nicht versichert sind insbesondere Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen, Bandscheibenschäden und die aktive Teilnahme an Motorrennen.

Versichert sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht werden.

Darüber hinaus müssen Sie mit Leistungskürzungen rechnen, soweit die Unfallfolgen durch Krankheiten verstärkt worden sind. **Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe entnehmen Sie bitte den Ziffern 3 und 5 der AUB 2014 der Continentale.**

5. Welche Verhaltensregeln (Obliegenheiten) haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen können Verletzungen dieser Obliegenheiten haben?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die Risikofragen im Antragsformular unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (Anzeigepflicht). Anderenfalls können wir uns vorzeitig von dem Vertrag lösen, und Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz. Ggf. können wir auch die Versicherungsbeiträge anpassen. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 13 der AUB 2014 der Continentale.**

6. Welche Verhaltensregeln (Obliegenheiten) haben Sie während der Vertragslaufzeit und welche Folgen können Verletzungen dieser Obliegenheiten haben?

Die Berufstätigkeit der versicherten Person hat unmittelbaren Einfluss auf das Unfallrisiko, dem diese ausgesetzt ist. Wir berücksichtigen sie daher auch bei der Bemessung des Versicherungsbeitrags und der Versicherungssummen. Einen Berufswechsel müssen Sie uns deshalb so bald wie möglich anzeigen, um uns eine Anpassung des Vertrags zu ermöglichen. Anderenfalls können wir die Leistungen kürzen. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 6.2 der AUB 2014 der Continentale.**

7. Welche Verhaltensregeln (Obliegenheiten) haben Sie im Versicherungsfall und welche Folgen können Verletzungen dieser Obliegenheiten haben?

Nach einem Unfall müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten. Außerdem müssen Sie uns sofort informieren. Todesfälle sind uns innerhalb von 48 Stunden zu melden.

Zu Beginn und während der Erbringung von Betreuungs- und Hilfsleistungen sind wir ferner über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren.

Wird diesen Verpflichtungen nicht nachgekommen, kann dies zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 7 und 8 der AUB 2014 der Continentale, Ziffer 6 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung bzw. Ziffer 5 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung.**

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt an dem Tag, der im Versicherungsschein als Beginn angegeben ist, wenn der Beitrag rechtzeitig gezahlt ist. Den in diesem Produktinformationsblatt zugrunde gelegten Zeitpunkt für den Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte Ziffer 3. Dort haben wir auch die Vertragslaufzeit angegeben.

Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn die Kündigung nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer der anderen Partei in Schriftform zugegangen ist. Bei einer vereinbarten Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag von Ihnen zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 10 der AUB 2014 der Continentale.**

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Neben den unter Ziffer 8 beschriebenen Kündigungsmöglichkeiten können Sie den Vertrag auch vorzeitig kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie uns auf eine Leistung verklagt haben. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 10.3 der AUB 2014 der Continentale.**

Produktinformationsblatt zu UnfallGiroVita – die Unfallversicherung mit Hilfs- und Pflegeleistungen sowie Reha-Service

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen vorgeschlagene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch **nicht abschließend**. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den in der Vertragsinformation (Formular-Nr. U.7e.5310) enthaltenen Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung schlagen wir Ihnen vor?

Wir schlagen Ihnen eine Unfallversicherung mit Versicherbarkeit von Hilfs- und Pflegeleistungen sowie Reha-Leistungen (Reha Plus) vor.

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Versichert sind Unfälle, die der versicherten Person zustoßen. Soweit Sie nichts anderes mit uns vereinbaren, gilt das grundsätzlich für den gesamten privaten und beruflichen Bereich (auch Sport- und Verkehrsunfälle), weltweit und rund um die Uhr, auch wenn der Unfall selbst verschuldet wurde.

a) Was ist ein Unfall?

Ein Unfall liegt etwa vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil Sie stolpert, ausrutscht, stürzt oder Ähnliches, oder von anderen verletzt wird. Als Unfall gilt auch eine Oberschenkelhalsfraktur, die damit nicht zwingend auf einen Unfall zurückzuführen sein muss. Leistungen erbringen wir dabei für die Unfallfolgen. Keine Unfälle dagegen sind z. B. Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (wie etwa Rückenleiden durch ständiges Sitzen). **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) und den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita.**

b) Was leisten wir?

Die Unfallversicherung ist im Wesentlichen eine Summenversicherung, d. h. wir zahlen die vereinbarten Geldleistungen. Heilbehandlungskosten (z. B. Kosten für Arzt-/Krankenhausbehandlung) übernehmen wir nicht. Sie sind Gegenstand der Krankenversicherung.

Hier erläutern wir beispielhaft drei besonders wichtige Leistungsarten, die Invalitätsleistung, die Unfallrente und die Unfallpflegerente Plus:

Wenn die versicherte Person durch einen Unfall dauerhafte Beeinträchtigungen erleidet (z. B. durch Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen), zahlen wir je nach Vereinbarung einen einmaligen Betrag (Invalitätsleistung) und/oder eine Rente (Unfallrente). Die Höhe der Invalitätsleistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und dem Grad der Beeinträchtigung. Die vereinbarte Unfallrente wird ab 50 % Invaliditätsgrad gezahlt. Bei einer unfallbedingten Invalidität ab 50 % und dauernder Schwerstpflegebedürftigkeit (Einstufung in Pflegestufe III) zahlen wir die vereinbarte Unfallpflegerente. Bereits bei Pflegestufe II erfolgt bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen eine Kapitalleistung in Höhe von 12 Unfallpflegerenten.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 2 der AUB 2014 der Continentale und für die Unfallrente bzw. Unfallpflegerente Plus den jeweiligen Besonderen Bedingungen. Ihrem Antrag können Sie weitere Einzelheiten (z. B. Versicherungssummen) entnehmen.

c) Werden auf die Invalitätsleistung bzw. auf die Unfallrente/Unfallpflegerente Plus Zahlungen angerechnet, die Sie von anderen wegen des Unfalls erhalten?

Nein. Diese Leistungen erhalten Sie unabhängig von und zusätzlich zu anderweitigen Zahlungen, die Sie wegen des Unfalls erhalten, z. B. von der Kranken-/Pflegeversicherung, einer gegnerischen Haftpflichtversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder einer weiteren privaten Unfallversicherung.

d) Was sind Hilfs- und Pflegeleistungen und wann erhalten Sie diese?

Wir erbringen die vereinbarten Hilfs- und Pflegeleistungen, wenn die versicherte Person durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und daher Hilfe bei der Bewältigung Ihres Alltags benötigt. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung.**

e) Was sind Reha-Leistungen und wann erhalten Sie diese?

Der Reha-Service unterstützt Sie nach schweren Unfällen über einen Zeitraum von drei Jahren und Ihre Kinder bis zu fünf Jahre.

Unter der Leitung eines Reha-Managers sorgt ein erfahrenes Team aus Ärzten, Psychologen und Berufsberatern für die:

- Gezielte Planung der Rehabilitation
- Optimierung des Heilungsverlaufs
- Organisation des sozialen Umfelds
- Berufliche oder schulische Reintegration

Wir erbringen die vereinbarten Reha- Leistungen (Reha Plus), wenn die versicherte Person durch den Unfall bestimmte schwere Verletzungen erlitten hat oder sich wegen des Unfalls in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung von mindestens 14 Tagen befindet. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen (Reha Plus) in der Unfallversicherung.**

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag, wann müssen Sie ihn bezahlen und was passiert, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen?

Gesamtbeitrag EUR gem. Zahlungsperiode inkl. Vers.-Steuer	
Beitragsfälligkeit/Zahlungsperiode	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich Erstmals zum Versicherungsbeginn _____
Vertragslaufzeit	<input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> ___ Jahr(e)

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen, nicht aber vor dem darin unter „Gesamtbeitrag für den Vertragsstand ab“ ausgewiesenen Datum. Wenn Sie den ersten Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Zahlen Sie einen der weiteren Beiträge nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag und den Ziffern 10 und 11 der AUB 2014 der Continentale.**

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Wir können nicht alle denkbaren Fälle versichern, denn sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz herausgenommen. Nicht versichert sind insbesondere Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen, Bandscheibenschäden und die aktive Teilnahme an Motorrennen.

Es besteht weitergehender Versicherungsschutz bei allen nicht alkohol-/drogenbedingten Bewusstseinstörungen. Versichert sind insbesondere Unfälle infolge von Bewusstseinstörungen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht werden.

Darüber hinaus müssen Sie mit Leistungskürzungen rechnen, soweit die Unfallfolgen durch Krankheiten verstärkt worden sind (Ausnahme: Oberschenkelhalsfraktur und Feststellung der Hilfsbedürftigkeit bei Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen). **Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe entnehmen Sie bitte den Ziffern 3 und 5 der AUB 2014 der Continentale, den**

Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiro-Vita und den sonstigen jeweiligen Besonderen Bedingungen.

5. Welche Obliegenheiten haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen können Verletzungen dieser Obliegenheiten haben?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Risikofragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (Anzeigepflicht). Anderenfalls können wir uns vorzeitig von dem Vertrag lösen, und Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz. Gegebenenfalls können wir auch die Versicherungsbeiträge anpassen. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 13 der AUB 2014 der Continentale.**

6. Welche Obliegenheiten haben Sie während der Vertragslaufzeit und welche Folgen können Verletzungen dieser Obliegenheiten haben?

Die Berufstätigkeit der versicherten Person hat unmittelbaren Einfluss auf das Unfallrisiko, dem diese ausgesetzt ist. Wir bieten für bestimmte Berufstätigkeiten keinen Versicherungsschutz. Wir können hier den Vertrag kündigen. Einen Berufswechsel müssen Sie uns deshalb so bald wie möglich anzeigen. Anderenfalls sind wir unter Umständen von der Leistung frei. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 2 der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiro-Vita.**

7. Welche Obliegenheiten haben Sie im Versicherungsfall und welche Folgen können Verletzungen dieser Obliegenheiten haben?

Nach einem Unfall muss so schnell wie möglich ein Arzt aufgesucht und seinen Anordnungen gefolgt werden. Außerdem sind wir sofort zu informieren. Todesfälle sind uns innerhalb von 48 Stunden zu melden.

Zu Beginn und während der Erbringung von Hilfs- und Pflegeleistungen sind wir ferner über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Gegebenenfalls sind beim zuständigen Träger der Pflegeversicherung unverzüglich Leistungen zu beantragen. Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen.

Kommen Sie diesen Verpflichtungen nicht nach, können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder zum Teil verlieren.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 7 und 8 der AUB 2014 der Continentale und Ziffer 8 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt an dem Tag, der im Versicherungsschein als Beginn angegeben ist, wenn der Beitrag rechtzeitig gezahlt ist. Den in diesem Produktinformationsblatt zugrunde gelegten Zeitpunkt für den Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte Ziffer 3. Dort haben wir auch die Vertragslaufzeit angegeben. Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn die Kündigung nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer der anderen Partei in Schriftform zugegangen ist. Bei einer vereinbarten Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag von Ihnen zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten in Schriftform gekündigt werden. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 10 der AUB 2014 der Continentale.**

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Neben den unter Ziffer 8 dieses Blatts beschriebenen Kündigungsmöglichkeiten zum Ablauf des Vertrags können Sie den Vertrag auch vorzeitig kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. **Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 10.3 der AUB 2014 der Continentale.**

Mit dem nachstehenden Produktinformationsblatt, den Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag und dem Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht erhalten Sie einen ersten Überblick über die Ihnen vorgeschlagene (Kranken-)Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend.

Der Vertragsinhalt ergibt sich vielmehr aus dem Antrag, den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen/Rahmenbedingungen, Tarif mit Tarifbedingungen), gegebenenfalls Besonderen Bedingungen sowie dem Versicherungsschein. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

Produktinformationsblatt zur privaten Krankenversicherung (StartS)

1. Art des Versicherungsvertrages

Private Krankenversicherung

2. Vertragsinhalt: Versicherte Risiken/Leistungen

Tarif StartS

Die Leistungen des Tarifs StartS sind in allen Tarifstufen und Tarifvarianten identisch:

Erstattung von unfallbedingten Kosten für die Wahlleistung Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung in Deutschland (Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf beide Wahlleistungen), ambulante Operationen, gesetzliche Zuzahlungen sowie Zahlung einer Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationärem Aufenthalt; Krankenhaustagegeld bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung im Ausland; freie Krankenhauswahl

Tarifstufen:

- StartS-S – Mitglied in der GKV
- StartS-SK – Mitglied in der GKV und
 - dessen familienversicherte Kinder
- StartS-P – Mitglied in der GKV und
 - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- StartS-PK – Mitglied in der GKV und
 - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und
 - dessen familienversicherte Kinder

Abweichend von § 1 (4) RB/EF sind Mitglieder in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und deren nach § 10 SGB V familienversicherte Angehörige nicht aufnahmefähig, wenn für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Anspruch auf Leistungen von der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung besteht.

3. Beitrag

Der tarifliche Gesamtbeitrag beträgt monatlich _____ EUR.

Dieser Beitrag entspricht dem im Antrag ausgewiesenen Beitrag.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein unter „Vertragsstand ab“ ausgewiesenen Datum. Die weiteren Beiträge sind jeweils am Ersten eines Monats fällig. Bei unterbliebener oder verspäteter Zahlung kann der Versicherungsschutz ganz oder teilweise entfallen. Einzelheiten zu den Folgen finden Sie jeweils in § 8 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

4. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise in der privaten Krankenversicherung für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

Diese und weitere tarifübergreifende Leistungseinschränkungen finden Sie jeweils in § 5 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011) sowie in Abschnitt B IV des Tarifs StartS.

5. Obliegenheiten bei Vertragsabschluss

Ihre Angaben im Antrag müssen wahrheitsgemäß und vollständig sein (Anzeigepflicht).

Die bei Vertragsabschluss geltenden Obliegenheiten finden Sie in § 19 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), abgedruckt im Anhang zu den Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

Bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten (auch durch versicherte Personen) können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Einzelheiten finden Sie in § 19 Absätze 2 bis 6 VVG, abgedruckt im Anhang zu den Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

6. Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit

Während der Laufzeit des Vertrages besteht beispielsweise die Verpflichtung den Abschluss weiterer Krankenversicherungen anzuzeigen. Diese und weitere während der Vertragslaufzeit geltenden Obliegenheiten finden Sie jeweils in § 9 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

Bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten kann der Versicherer die Leistungen mindern oder verweigern und gegebenenfalls den Vertrag kündigen. Einzelheiten finden Sie jeweils in § 10 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

Es besteht beispielsweise die Verpflichtung, bei Eintritt des Versicherungsfalles alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich sind.

Gemäß Abschnitt C 2 des Tarifs StartS muss, damit der Versicherer eine Leistungsprüfung vornehmen kann, ein vollständig ausgefüllter Unfallbericht des Versicherers sowie alle weiteren benannten erforderlichen Leistungsunterlagen eingereicht werden.

Diese und weitere bei Eintritt des Versicherungsfalles geltenden Obliegenheiten finden Sie ebenfalls jeweils in § 9 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

Bei einer Verletzung der Obliegenheiten kann der Versicherer die Leistungen mindern oder verweigern und gegebenenfalls den Vertrag kündigen. Einzelheiten finden Sie jeweils in § 10 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmerklärung), nicht vor Beginn der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung nach § 10 SGB V in der GKV (für Tarifvariante BKK in der Continentale BKK) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Der Versicherungsschutz gilt für die Vertragslaufzeit, es sei denn, es wurde etwas anderes vereinbart.

Einzelheiten finden Sie jeweils in § 2 und § 7 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

9. Ihre Möglichkeiten der Vertragsbeendigung

Zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, können Sie die Versicherung unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten ordentlich kündigen. Ferner können Sie die Versicherung beispielsweise bei einer Beitragserhöhung vorzeitig außerordentlich kündigen. Eine Übersicht Ihrer Kündigungsrechte finden Sie in § 13 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

Vertragsinformation UnfallGiro – die Unfallversicherung der Continentale

	Seite		Seite
1 Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall	8	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit besonders erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel – 350 Prozent	29
2 Tarifbestimmungen mit Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis	9		
3 Bedingungen	12	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 500 Prozent	29
Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale)	12	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 1 000 Prozent	30
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten in der Unfallversicherung	19	Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für bestimmte Berufsgruppen in der Unfallversicherung (Spezialgliedertaxe)	30
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung	19	Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Schmerzensgeldes in der Unfallversicherung	30
Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für psychologische Betreuung in der Unfallversicherung	19	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha Plus)	31
4 Weitere Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)	20	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung	32
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Forte)	20	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung	34
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Forte Pro2)	21	Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Haushaltshilfegeldes in der Unfallversicherung	35
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent und Kapitalleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Aktiv)	22	Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Rooming-in-Leistung in der Unfallversicherung	36
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Aktiv Plus)	22	Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Schulausfallgeldes in der Unfallversicherung	36
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Aktiv Pro2)	23	Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung	36
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Aktiv Plus Pro2)	24	Besondere Bedingungen für die Versicherung einer zusätzlichen Todesfall-Leistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	37
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent (Unfallrente Komfort)	25	Besondere Bedingungen für die Versicherung einer zusätzlichen Todesfall-Leistung für Waisen	37
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent (Unfallrente Komfort Plus)	26	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen (Tarif XXL)	37
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung (Unfallrente Komfort Pro2)	26	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent	38
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung (Unfallrente Komfort Plus Pro2)	27	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 5 Prozent	39
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 225 Prozent	28	Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle	39
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel (300 Prozent) und Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent	28	Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung	40
		Zusatzbedingungen für die Versicherung einer Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit in der Unfallversicherung	40
		Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung	41
		Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (UnfallGiroKollekt)	41
		5 Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen	42
		6 Meldeformular zur Familien-Vorsorge-Versicherung	44

Diese Vertragsinformation erhalten Sie gemäß § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen.

Damit erfüllen wir unsere Verpflichtung als Versicherer, Sie vorab über die Inhalte Ihres Vertrags zu informieren. Bitte lesen Sie deshalb diese Vertragsinformation sorgfältig durch. Sie sollten diese immer gemeinsam mit dem Versicherungsschein aufbewahren.

1 Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall

Was bietet UnfallGiro?

UnfallGiro bietet Ihnen einen ganz besonderen Versicherungsschutz bei Unfällen.

So sind auch Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall verursacht werden, versichert. Leistungen erbringen wir dabei für die Unfallfolgen.

Der Reha-Service unterstützt Sie bei vereinbarten Reha-Leistungen (Reha Plus) nach schweren Unfällen über einen Zeitraum von drei Jahren und Ihre Kinder bis zu fünf Jahren.

Unter der Leitung eines Reha-Managers sorgt ein erfahrenes Team aus Ärzten, Psychologen und Berufsberatern für die:

- Gezielte Planung der Rehabilitation
- Optimierung des Heilungsverlaufs
- Organisation des sozialen Umfelds
- Berufliche oder schulische Reintegration

Bei vereinbarten Hilfsleistungen haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn Sie nach einem Unfall für eine Übergangszeit auf Hilfe angewiesen sind. Die gesetzlich vorgesehenen Leistungen greifen nicht immer und sofort. Deshalb unterstützen wir Sie schnell und unbürokratisch mit genau den Hilfsleistungen, die Sie in dem Moment benötigen. So können Sie sich nach einem Unfall die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bewahren.

Bei vereinbarten Betreuungsleistungen haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn der Unfall des versicherten Kindes zu einem Betreuungsbedarf führt. Die Leistungen umfassen z. B. die Betreuung des versicherten Kindes einschließlich der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie der Unterstützung bei der Körperpflege.

Mit Hilfe der vereinbarten Geldleistungen können die finanziellen Auswirkungen von Unfällen aufgefangen werden. Auf die Leistungen der privaten Unfallversicherung werden Zahlungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Haftpflichtentschädigungen nicht angerechnet.

Wozu verpflichten Sie sich?

- Beitragszahlung
Um den Versicherungsschutz ununterbrochen aufrechtzuerhalten, sind die Beiträge pünktlich zu zahlen. Sollte Ihnen dies einmal nicht möglich sein, so wenden Sie sich bitte an uns. Wir sagen Ihnen, wie Sie den Vertrag evtl. in veränderter Form fortführen können.
- Änderung des Gesundheitszustandes
Sollte die versicherte Person auf Dauer schwer- oder schwerstpflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung werden, so müssen Sie uns dies bekannt geben. Sie ist dann nicht mehr versicherungsfähig und die Versicherung ist zu beenden (siehe im Einzelnen Seite 4).

Was ist im Schadenfall zu beachten?

Ein Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen wird, ist uns **unverzüglich unter Angabe der Versicherungsnummer anzuzeigen**.

Der einfachste Weg geht über das Telefon: Rufen Sie bei uns an.

Telefon-Nr.: +49 231 919-2313

Dieses Telefon ist 24 Stunden besetzt. Außerhalb unserer Geschäftszeiten steht Ihnen ein Anrufbeantworter zur Verfügung.

Selbstverständlich können Sie uns auch über Telefax erreichen.

Telefax-Nr.: +49 231 919-2522

Zudem ist unverzüglich nach dem Unfall ein Arzt aufzusuchen und die Behandlung bis zum Abschluss fortzusetzen.

Todesfälle sind uns binnen 48 Stunden anzuzeigen, auch wenn der Unfall selbst bereits gemeldet war.

Wie helfen wir Ihnen bei einem Unfall im Ausland?

Unsere Alarmzentrale ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar.

Telefon-Nr.: +49 221 9822 827

Telefax-Nr.: +49 40 6945 9761 339

Mail: ambulance@malteser.org

Steuertipp:

Vorbehaltlich späterer Änderungen gilt:

Die Beiträge zur Unfallversicherung gegen Berufsunfälle können als Werbungskosten gem. § 9 Absatz 1 Satz 1 Einkommensteuergesetz (EStG), gegen außerberufliche Unfälle als Sonderausgaben gem. § 10 Absatz 1 Nr. 2 a EStG steuerlich geltend gemacht werden. Bei einer 24-Stunden-Deckung ist der Gesamtbeitrag für beide Risiken entsprechend aufzuteilen – im Zweifel jeweils 50 Prozent des Gesamtbeitrags.

Die Kapitalleistungen aus der Unfallversicherung sind steuerfrei. Die Unfallrente wird nur mit dem altersabhängigen Ertragsanteil besteuert.

Todesfall-Leistungen an Hinterbliebene sind grundsätzlich erbschaftsteuerpflichtig. Für nahe Angehörige sieht das Erbschaftsteuergesetz aber relativ hohe Freibeträge vor.

2 Tarifbestimmungen mit Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis

Altersgrenzen/Versicherbarkeit

Über den Ablauf des Versicherungsjahres hinaus, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, kann die Versicherung im vereinbarten Umfang und zu den bisherigen Beiträgen nicht fortgeführt werden (Ziffer 6.3 der AUB 2014 der Continentale).

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (Ziffer 4.1 der AUB 2014 der Continentale).

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung vom 26.5.1994

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buchs sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

Pflegebedürftige der **Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)** sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)** sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)** sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Zugehörigkeit zum Beamtentarif

Die Zugehörigkeit zum Beamtentarif liegt vor, wenn für den Versicherungsnehmer eine B-Berechtigung in der Kraftfahrzeugversicherung gegeben ist.

B-berechtigt sind auch Mitarbeiter von Pflegediensten, die nach den Kriterien des öffentlichen Dienstes oder einem vergleichbaren Vergütungssystem bezahlen, Mitarbeiter von Energieversorgungsunternehmen und von Betriebs- und Ersatzkrankenkassen.

Die Versicherbarkeit im Beamtentarif erlischt zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherungsnehmer aus dem öffentlichen Dienst ausscheidet bzw. sein Dienstverhältnis als Beamter endet. Dies gilt sinngemäß, wenn die Einstufung in den Beamtentarif wegen eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses erfolgt ist. Ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres wird der Vertrag dann auf den Normaltarif umgestellt.

Es bleibt bei der Einstufung in den Beamtentarif, wenn der Versicherungsnehmer in den Ruhestand versetzt wird.

Richtige Gefahrengruppe

Zur Ermittlung des Beitrages muss die versicherte Person in die richtige Gefahrengruppe eingestuft werden.

Gefahrengruppe A

Normales Risiko und nicht Erwerbstätige

Gefahrengruppe B

Besonders unfallgefährdete Berufe

Gefahrengruppe K

Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Gefahrengruppe F

Freizeit-Unfallversicherung für Erwerbstätige. Der Abschluss dieser Gefahrengruppe ist nur möglich, wenn die zu versichernde Person gegen Arbeitsunfälle durch eine gesetzliche Unfallversicherung versichert ist oder nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstatfälle versichert ist.

Welcher Beruf hat welche Gefahrengruppe?

Die meisten Berufe finden Sie in dem nachfolgenden Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis.

Berufe, die nicht verzeichnet sind bzw. nicht eindeutig auf die Tätigkeit schließen lassen, sind kurz zu beschreiben, damit wir das Risiko prüfen können.

Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis

Abfallbeseitiger B	Wehrdienstleistende/sonstige freiwillig Dienstleistende – bereits berufstätig vor Dienstantritt . nach Zivilberuf – nicht berufstätig (Schüler/ Student/Arbeitsloser) A Bürofachleute, Bürogehilfe . . A	Fliesenleger A Florist A Fluggeräteelektroniker, -mechaniker B Flugingenieur – ohne Flugrisiko A – mit Flugrisiko A Direktions- anfrage	Isolierer B Jäger B Journalist A Justizangestellter (auch Vollzugs-/ Vollstreckungsbeamter) – überwiegend Innendienst (Büro- und Verwaltungs- tätigkeit) A – alle Übrigen B Juwelier A
Angestellter im öffentlichen Dienst – überwiegend Innendienst (Büro- und Verwaltungs- tätigkeit) A – alle Übrigen B	Call-Center-Agent A Chemiearbeiter, -betriebswerker, -facharbeiter, -laborant, -laborwerker, -techniker A Chemiker A chem.-techn. Assistent A Croupier A	Förder, Forstverwalter, Forstwirt B Former B Fotograf A Fotolaborant A Fräser (auch CNC) B freiw. soziales Jahr s. Bundeswehr Fremdenführer A Fremdsprachen- korrespondent A Friseur A Fuhrunternehmer (nicht Berufskraftfahrer) A Fußbodenleger A Fußpfleger A	Kaminbauer B Kanalbauarbeiter B Kassierer A Kaufleute A Kellner A Keramiker A Kfm. Angestellter A Kfz-Elektriker, -Instandsetzer, -Pfleger, -Reiniger, -Schlosser. A Kindergärtner A Kioskbetreiber A Klempner A Koch/Küchenhilfe A Kommunikationselektroniker. A Konditor A Konstruktionsmechaniker B Korbwarenmacher A Kosmetiker A Kranführer B Krankengymnast A Krankenpfleger, -schwester. A Kunstschlosser B Kunstschmied A Kunststoffgießer, -schlosser, -verarbeiter B Kupferschmied. A Kurierfahrer B Kürschner A
Architekt A Artist nur F möglich Arzt A Arzthelfer A Auktionator A Auszubildender . je nach Beruf	Dachdecker B Datenverarbeitungsfachkraft. A Dekorateur A Designer A Desinfektor B Detektiv A Diätassistent A Dolmetscher A Dompteur – Raubtiere nur F möglich – alle Übrigen B Drahtwarenmacher, Drahtzieher B Drechsler B Dreher (auch CNC) B Drogist A Drucker, Drucktechniker A	Gabelstaplerfahrer B Galvaniseur B Gartenarchitekt, Gartenbauer, Gartenbauingenieur, -techniker A Gärtner A Gas-, Wasserinstallateur A Gastwirt A Gebäudereiniger B Gerber A Gerüstbauer B Getränkehersteller A Gießereimechaniker B Gipser B Glasbläser, Glaser, Glasgraveur,-macher, -maler, -schleifer A Glasreiniger B Gleisarbeiter, -bauer B Glockengießer B Grafiker A Graveur A Gummierhersteller, -verarbeiter B	Lackierer A Lagerarbeiter (nicht Gabelstaplerfahrer) A Lagerverwalter A Landarbeitskraft B Landmaschinenführer, -mechaniker B Landschaftsarchitekt A Landschaftsgärtner A Landwirt B Lebensmittelkontrolleur A Lederhersteller, -verarbeiter . A Lehrer an allen Schulen in allen Unterrichtsfächern (Fitness-, Golf-, Reit-, Tennis- lehrer etc. s. Berufstrainer) . . A Lokomotivführer B Lotse A
Bäcker A Bademeister A Baggerführer B Bauarbeiter B Bauingenieur A Bautechniker A Bergbauingenieur A Bergbautechniker B Bergleute B Berufsberater A Berufsfeuerwehr – überwiegend Innendienst (Büro- und Verwaltungs- tätigkeit) A – alle Übrigen B Berufskraftfahrer Lkw/Bus . . . B Berufskraftfahrer Pkw (auch Chauffeur, Taxifahrer) . A Berufssportler nur F möglich Berufstrainer (auch Fitness-, Golf-, Reit-, Tennislehrer etc.) B Bestatter A Betonbauer, -hersteller, -steinhersteller B Bibliothekar A Bildhauer A Bild-, Bühnen- und Tontechniker A Binnenschiffer B biolog.-techn. Assistent A Blechpresser, -schlosser, -stanzer, -zieher. B Bootsbauer B Brauer und Mälzer A Brief- u. Paketsortierer. A Brückenbauer nur F möglich Buchbinder A Buchhändler A Bühnenbildner B Bundes- und Landesbeamter – überwiegend Innendienst (Büro- und Verwaltungs- tätigkeit) A – alle Übrigen B Bundeswehr – überwiegend Innendienst (Büro- und Verwaltungs- tätigkeit) A – alle übrigen Truppendienst- angehörigen B	Edelmetallschmied A Edelsteinbearbeiter A Einzelhandelskaufleute A Eisenerzeuger B Eisengießer B Elektriker, Elektroingenieur, -installateur, -monteur, -techniker A Elektrogerätebauer, Elektroge- rätmontierer, Elektromaschi- nenbauer, Elektromechaniker, Elektroteilemontierer B Energieanlagenbauer B Energietechnikmechaniker, -techniker A Erzieher A Event-Manager (nur kfm. Tätigkeiten) A Fahrschullehrer A Fassadenreiniger B Feinmechaniker A Fernmeldehandwerker, -monteur, -techniker A Fernsehmechaniker, -techniker A Fertigungsingenieur A Fertigungsmechaniker, -techniker B Feuerwehr/Berufsfeuerwehr – überwiegend Innendienst . A – alle Übrigen B Fischer B Fischverarbeiter B Flachglasmechaniker A Fleischer, Fleischwarenhersteller B	Handelsvertreter A Hausfrau/Hausmann A Hauswart A hauswirtschaftlicher Beruf . . . A Hebamme A Heilpraktiker A Heimleiter A Heizungs-, Lüftungs-, Klimaanlagenbauer B Hochbaufacharbeiter B Hochfrequenztechniker A Holz verarbeitender Beruf . . . B Hotelfachleute, Hotelier A Hörgeräteakustiker A Hufschmied B Hüttenfacharbeiter, -techniker B Imker A Industriemeister B Informatiker A Informationselektroniker A Innenarchitekt A	Makler A Maler A Mälzer und Brauer A Marktforscher A Maschinen(Bau)ingenieur A Maschinenbaumechaniker, Maschinenbautechniker, Maschinenschlosser, -wart, Maschinist B Maschinenführer B Masseur A mathem.-techn. Assistent A

Maurer B	Radiomechaniker. A	Steward/Stewardess	Vermessungstechniker A
Mechatroniker	Rangierer. B	– ohne Flugrisiko A	Verpackungsmittelhersteller . B
(nicht Industrie) A	Raumausstatter A	– mit Flug-	Vertrags-
Mechatroniker B	Raumreiniger A	risiko. Direktionsanfrage	amateur nur F möglich
Mediengestalter A	Rechtsanwalt. A	Steward – Schiff A	Vertreter. A
Medizinallaborant A	Rechtsanwalts- und	Straßenbauer, -pflasterer,	Verwalter Land- und
Melker B	Notargehilfe A	-wärter B	Tierwirtschaft. A
Messgerätemechaniker A	Rechtsberater, -pfleger A	Student	Vulkaniseur B
metallbe- oder	Redakteur A	– bis 18 Jahre K	
verarbeitender Beruf B	Reeder. A	– ab 18 Jahre. A	Wachpersonal B
Metallgießer. B	Regisseur A	Stuckateur B	Waldfacharbeiter B
Meteorologe. A	Rentner, Pensionär A	Tabakwarenmacher. A	Warenprüfer. A
Metzger B	Reiseleiter A	Tankwart A	Warensortierer. A
Möbelpacker B	Reiseverkehrskaufleute A	Tänzer A	Weber A
Modellbaumechaniker,	Rettungsassistent B	Tapezierer A	Wehrdienst-
-techniker. B	Richter A	Taucher	leistender. s. Bundeswehr
Mosaikleger A	Sänger. A	(beruflich). nur F möglich	Werbekaufleute A
Müller. A	Sanitäter A	technischer Zeichner A	Werkchutzpersonal B
Munitions- und	Sattler A	textilbe- oder	Werkstoffprüfer
Räumtrupps nur F möglich	Schädlingsbekämpfer B	verarbeitender Beruf A	– Metalltechnik. B
Museumsfachleute A	Schaufenstergestalter A	Textilreiniger A	– Halbleitertechnik. A
Musiker A	Schauspieler A	Therapeut (Beschäftigungs-,	– Wärmebehandlungs-
Musikinstrumentebauer A	Schausteller. B	Bewegungs-, Psycho-, Seh-,	technik A
	Schienenfahrzeugführer B	Sprachtherapeut). A	Werkzeugmacher B
Näher. A	Schiffsmaschinist,	Tiefbaufacharbeiter B	Winzer B
Naturwissenschaftler. A	-mechaniker. B	Tierarzt A	Wirtschaftsingenieur A
Notar A	Schiffsoffizier A	Tierarzthelfer A	Wirtschaftsprüfer A
	Schilderhersteller. A	Tierbändiger	Zahnarzt A
Ofensetzer B	Schlosser. B	– Raubtier nur F möglich	Zahnarzthelfer A
Optiker. A	Schmied. B	– alle Übrigen B	Zahntechniker A
Orthopädiemechaniker A	Schneider A	Tierpfleger	Zerspanungsmechaniker. B
	Schornsteinfeger B	– Raubtier nur F möglich	Zimmerer B
Papierhersteller, -verarbeiter. B	Schreiner B	– alle Übrigen B	Zivildienst-
Pastor, Pfarrer A	Schriftsetzer. A	Tierwart, -züchter. B	leistender s. Bundeswehr
Pensionär, Rentner A	Schriftsteller. A	Tischler B	Zollverwaltung
Pförtner A	Schrotthändler. B	Ton-, Bild- und	– überwiegend Innendienst
Pharmareferent A	Schuhmacher A	Bühnentechniker A	(Büro- und Verwaltungs-
pharmaz.-techn. Assistent. A	Schüler	Transportarbeiter. B	tätigkeit) A
Physiker. A	– bis 18 Jahre K	Treppenbauer B	– alle Übrigen B
Physikingenieur. A	– ab 18 Jahre A	Trockenbaumonteur B	Zugführer, -personal
Pilot	Schweißer B	Uebersetzer. A	(nicht Lokomotiv-/
– ohne Flugrisiko A	Seeleute B	Uhrmacher. A	Schienenfahrzeugführer). A
– mit Flug-	Sekretär. A	Umschüler je nach Beruf	
risiko. Direktionsanfrage	Solaranlagenbauer B	Unternehmensberater A	
Plattenleger B	Sozialarbeiter. A	Unternehmer	
Polizei	Sozialpädagoge. A	(nur kfm. Tätigkeiten). A	
– überwiegend Innendienst	Sozialwissenschaftler A	Verfahrensmechaniker	
(Büro- und Verwaltungs-	Sportgerätebauer. B	– Beschichtungstechnik. A	
tätigkeit) A	Sprengmeister. nur F möglich	– Glastechnik. A	
– alle Übrigen B	Staatsanwalt A	– Kunststofftechnik B	
Polsterer A	Statistiker. A	Verkäufer A	
Porzellanmaler. A	Steinbildhauer (kein Künstler),	Verkaufsfahrer. B	
Postverteiler. A	Steinbrecher, Steinmetz B	Verleger. A	
Praktikant. je nach Tätigkeit	Stenotypist. A	Vermessungsingenieur A	
Präparator A	Steuerberater A		
Programmierer. A	Steuerfachleute A		
Psychiater A			

3 Bedingungen

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale)

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 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Sofortleistung Plus
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfall-Leistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und
 - bei Vollendung des 70. Lebensjahres beachten?

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

- 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

- 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 14 Gestrichen
- 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 Änderungen Ihrer Anschrift?
- 18 Welches Recht findet Anwendung?
- 19 Wie und unter welchen Voraussetzungen können Bedingungen angepasst werden?
- 20 Embargos

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt, wenn die versicherte Person zu Vergiftungen oder Erstickungen führenden Dünsten, Staubwolken oder ausströmenden Gasen und Dämpfen für eine vorübergehende Zeit (bis zu mehreren Stunden lang) unvorhergesehen ausgesetzt ist, ohne sich diesen aus eigener Kraft entziehen zu können. Ein Unfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen mehrfach über eine längere Zeit oder dauerhaft ausgesetzt war und dadurch eine Gesundheitsbeeinträchtigung (z. B. eine Berufs- oder Gewerbekrankheit) eingetreten ist.

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch ein plötzliches Ereignis unfreiwillig einer Kälteeinwirkung ausgesetzt wird, sich dieser aus eigener Kraft nicht entziehen kann und somit Erfrierungen bzw. den Erfrierungstod erleidet.

Auch Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand oder Sonnenstich infolge eines Unfallereignisses nach Ziffer 1.3 sind vom Versicherungsschutz umfasst.

- 1.5 Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet, sind versichert.
- 1.6 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.Die sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund anerkannten Sportarten gilt auch als erhöhte Kraftanstrengung.
- 1.7 Wir bieten Versicherungsschutz für
 - tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser,
 - Gesundheitsschäden durch Umknicken mit dem Fuß,

auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

- 1.8 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

Die Invalidität ist

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

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

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %

Bein bis unterhalb des Knies	50 %	Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	
Fuß	40 %	2.2.1.4 Sie haben uns die schwere Verletzung nach Ziffer 2.2.1.1 durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht
große Zehe	5 %	oder
andere Zehe	2 %	die vollstationäre Heilbehandlung nach Ziffer 2.2.1.2 durch eine Bescheinigung über Beginn und Dauer
Auge	50 %	innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, nachgewiesen.
Gehör auf einem Ohr	30 %	Die Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach Ziffer 2.2.1.3 ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attests bei uns geltend zu machen.
Geruchssinn	10 %	2.2.2 Höhe der Leistung
Geschmackssinn	5 %	Die Sofortleistung Plus wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt.
Stimme	60 %	
Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.		
2.1.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.		
2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.		2.3 Tagegeld
2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.		2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person ist unfallbedingt – in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und – in ärztlicher Behandlung.
2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person		2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung: Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder		
– gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,		2.4 Krankenhaustagegeld
und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.		2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
2.2 Sofortleistung Plus		2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung: Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung		
2.2.1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:		2.5 Genesungsgeld
2.2.1.1.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;		2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.
2.2.1.1.2 Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand;		2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung: Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.
2.2.1.1.3 Schädel-, Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung (Contusion) oder Hirnblutung;		
2.2.1.1.4 Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma		2.6 Todesfall-Leistung
– Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen oder		2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin. Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
– gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder		
– Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:		2.6.2 Höhe der Leistung: Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
Fraktur eines langen Röhrenknochens		
Fraktur des Beckens		
Fraktur der Wirbelsäule		
gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs		
2.2.1.1.5 Verbrennungen II. und III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche;		
2.2.1.1.6 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung mit einer Sehschärfe von nicht mehr als 1/20 beider Augen		
oder		
2.2.1.2 die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, deren Dauer ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindestens 28 Tage beträgt. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung		
oder		
2.2.1.3 die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt		
– nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und		
– ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.		3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen? Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung
- entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung, soweit nichts anderes bestimmt ist.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (siehe im Einzelnen Seite 4).
- 4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.
- 4.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:
- 5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- In den Versicherungsschutz sind Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen eingeschlossen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt
- beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahruntüchtigkeit) liegt; dieser Promillewert gilt solange, bis die höchstrichterliche Rechtsprechung hier einen anderen Wert festlegt,
 - bei allen sonstigen Fällen unter 1,5 Promille liegt.
- In den Versicherungsschutz sind ferner Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen eingeschlossen, die durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall verursacht werden.
- Mitversichert sind nur die Unfallfolgen; die Gesundheitsschädigung durch den eigentlichen Herzinfarkt oder Schlaganfall ist nicht mitversichert.
- 5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.
- 5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
- Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
- 5.1.4 Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Unfälle bei Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten) ankommt, sind versichert.

Versicherungsschutz besteht auch für das Fahren mit Leihkarts auf öffentlichen Kartbahnen in Deutschland.

- 5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- Unter den Versicherungsschutz fallen jedoch Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, soweit ein Unfall nach Ziffer 1.3 vorliegt.
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch
- medizinische oder sonstige Eingriffe am Körper der versicherten Person;
 - Heilmaßnahmen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die medizinischen Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 5.2.4 Infektionen.
- 5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen.
- 5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Haut- oder Schleimhautverletzungen übertragen werden (z. B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest),
 - Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- 5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 5.2.4.4 Impfschäden.
- Abweichend von Ziffer 1.3 sind durch Schutzimpfungen hervorgerufene Infektionen (Impfschäden) mitversichert. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Die Schutzimpfung muss gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt worden sein.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- Vergiftungen durch Nahrungsmittel sind mitversichert. Davon ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.
- Bei Kindern, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind sämtliche Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund mitversichert. Dies gilt auch bei Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren. Als Unfall gelten auch durch Eigenbewegung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche.

- 6 Was müssen Sie**
- bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und
 - bei Vollendung des 70. Lebensjahres beachten?
- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs**
- 6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
 - Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- 6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.
- 6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**
- 6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis (zur richtigen Tarifeinstufung siehe im Einzelnen Seiten 4-6).
- Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Wehrdienst, sonstiger freiwilliger Dienst (freiwilliges Jahr, Bundesfreiwilligendienst) oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.
- 6.2.2 Errechnet sich bei gleichbleibenden Versicherungssummen nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif ein niedrigerer Beitrag, so gilt dieser, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnet sich dagegen ein höherer Beitrag, gilt dieser nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Erleidet die versicherte Person nach Ablauf dieser Frist einen Unfall, ohne dass uns die Änderung angezeigt worden ist oder Sie mit uns eine Einigung über den Beitrag erzielt haben, reduzieren wir die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag.
- 6.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag im Rahmen der versicherbaren Mindest-/Höchstsummen auch mit dem bisherigen Beitrag bei erhöhten oder reduzierten Versicherungssummen weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.
- 6.2.4 Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach unserem Tarif keinen Versicherungsschutz, können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt,
- wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt haben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder
 - wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.
- Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.
- Unsere Verpflichtung bleibt bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls
- die Frist für unsere Kündigung abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
 - wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat.
- 6.3 Umstellung nach Vollendung des 70. Lebensjahres**
- Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen.

Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie führen die Versicherung nach diesem Tarif weiter;
- Sie kündigen die Versicherung in Schriftform zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Über Ihr Wahlrecht, den Umfang des Versicherungsschutzes und den Beitrag werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Der Leistungsfall

7 Was ist nach einem Unfall zu beachten?

Beachten Sie bitte nach einem Unfall zunächst die Voraussetzungen der vereinbarten Leistungsarten nach Ziffer 2 bzw. nach den jeweiligen vereinbarten Besonderen (bzw. Zusatz-) Bedingungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person, um unsere Leistung erbringen zu können (Obliegenheiten).

Die nach Eintritt eines Unfalls von Ihnen und der versicherten Person zu erfüllenden Obliegenheiten sind nachfolgend beschrieben.

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

Dürften Sie oder die versicherte Person nach den Umständen zunächst davon ausgehen, dass der Unfall keine Leistungspflicht herbeiführt, sind diese Obliegenheiten unverzüglich zu erfüllen, wenn die tatsächliche Gesundheitsschädigung und deren Folgen erkennbar sind.

Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls tragen wir.

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

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Frist beginnt, sobald Sie oder der Anspruchsberechtigte

- Kenntnis vom Tod der versicherten Person erlangt

und

- mit der Möglichkeit rechnen mussten, dass der Tod Folge des Unfalls ist.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des 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.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Wir übernehmen die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Leistung für den Invaliditätsfall innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Leistung im Todesfall beansprucht werden.

9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist

ausgeübt werden.

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

9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen.

Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Schriftform zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist.

Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Für die versicherte Person ist kein Beitrag zu zahlen, solange der Versicherungsschutz für sie außer Kraft tritt.

10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

Bei einem einmaligen Beitrag ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr.

11.1.2 Versicherungssteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.

Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Sofern Sie die Nichtzahlung des ersten oder einmaligen Beitrages zu vertreten haben, sind wir für einen vor Zahlung des

- Beitrages eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet (leistungsfrei).
- 11.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 11.3.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4. mit dem Fristablauf verbunden sind.
Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3.3 Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 11.3.4 Kündigung
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort.
Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 11.6 Beitragsbefreiung für nach dem Kinder-Tarif versicherte Kinder
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
– Sie bei Beginn des Versicherungsschutzes für das jeweilige Kind das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
– Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
gilt Folgendes:
Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjah-

res beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen.

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

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

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

- 13.2 Rücktritt

- 13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

- 13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

- 13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

- Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
- Uns steht der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung
- 13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.
- Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen 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.
- 13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
- Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.
- 13.4. Anfechtung
- Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 14 Gestrichen**
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 15.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 15.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 16 Welches Gericht ist zuständig?**
- 16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gegen uns ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 16.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gegen Sie ist ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 16.3 Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands haben oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend zu der Regelung nach Ziffer 16.1 und 16.2 ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, das für unseren Sitz zuständig ist.
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 17.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 17.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
- 18 Welches Recht findet Anwendung?**
- Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
- 19 Wie und unter welchen Voraussetzungen können Bedingungen angepasst werden?**
- 19.1 Wir sind berechtigt, die jeweils betroffenen Bedingungen des Versicherungsvertrags zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn
- sich Änderungen bestehender oder Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften unmittelbar auf sie auswirken,
 - sich die höchstrichterliche Rechtsprechung zu ihnen ändert,
 - ein Gericht ihre Unwirksamkeit rechtskräftig feststellt oder
 - sie durch das Versicherungsaufsichts- oder das Kartellamt durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für mit geltendem Recht nicht vereinbar erklärt werden oder gegen Leitlinien oder Rundschreiben dieser Behörden verstoßen.
- 19.2 Die Anpassung kommt nur in Betracht für Bedingungen über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Obliegenheiten nach Vertragsschluss, Beitragsanpassung, Vertragsdauer und Kündigung.
- 19.3 Die Anpassung ist nur zulässig, wenn durch die genannten Änderungsanlässe das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist. In den Fällen der Unwirksamkeit und der Beanstandung einzelner Bedingungen ist die Anpassung darüber hinaus nur dann zulässig, wenn die gesetzlichen Vorschriften keine Regelungen enthalten, die an die Stelle der unwirksamen oder beanstandeten Bedingungen treten.
- 19.4 Durch die Anpassung darf das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung bei Gesamtbetrachtung der Anpassung nicht zu Ihrem Nachteil geändert werden (Verschlechterungsverbot). Die Anpassung muss nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung unter Wahrung der beiderseitigen Interessen erfolgen.
- 19.5 Unsere Anpassungsbefugnis besteht unter den oben genannten Voraussetzungen für im Wesentlichen inhaltsgleiche Bedingungen, wenn sich die gerichtlichen und behördlichen Entscheidungen gegen Bedingungen anderer Versicherer richten.
- 19.6 Die Zulässigkeit und Angemessenheit der Anpassung muss von einem unabhängigen Treuhänder überprüft und bestätigt werden. Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.
- 19.7 Die angepassten Bedingungen werden wir Ihnen in Schriftform bekannt geben und erläutern. Sie können den Vertrag bis und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung in Schriftform kündigen.
- 20 Embargos**
- Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erbringen wir folgende Leistungen:

1 Art und Voraussetzung der Leistungen

1.1 Wir ersetzen nach einem 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.

1.2 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

1.3 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.

1.4 Bei einem Unfall im Ausland organisieren wir medizinisch notwendige Krankentransporte nach Deutschland mit einem geeigneten Transportmittel. Dies schließt notwendige An- und Abtransporte zum Flughafen und die Anmeldung im Zielkrankenhaus ein.

Ferner ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

1.5 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder organisieren wir die Überführung aus dem Ausland an einen Bestattungsort in Deutschland, inklusive aller notwendigen Dokumente.

1.6 Wir nehmen 24 Stunden, auch außerhalb unserer Geschäftszeiten, Unfallmeldungen entgegen.

Bei einem Unfall im Ausland stehen wir Ihnen 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr telefonisch über unsere Notruf- und Servicezentrale zur Verfügung. In der Zentrale arbeitet ausschließlich medizinisch ausgebildetes Personal.

1.7 Als Voraussetzung für den Kostenersatz gilt, dass ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2 Höhe der Leistungen

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt. Bestehen für die versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3 Ausschluss der Dynamik

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Kurkostenbeihilfe entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat wegen des Unfalls

- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, und
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2 Höhe der Leistung

Die Kurkostenbeihilfe wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann die Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für psychologische Betreuung in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter psychologischer Betreuung.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person benötigt aufgrund einer selbst erlittenen Unfallverletzung eine psychologische Betreuung, wobei die Notwendigkeit durch ein Attest des Therapeuten bescheinigt wird.

Die psychologische Betreuung wird innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall in Anspruch genommen.

Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ihnen die Kosten für bis zu 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000 EUR je Versicherungsfall.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

4 Weitere Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen

(diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Forte)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente und eine Kapitalleistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Unfallrente

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder
- die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, zahlen wir die vereinbarte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

1.4 Leistungen bei Tod der versicherten Person

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2 Kapitalleistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 1 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
1 bis unter 10	5 Unfallrenten
10 bis unter 20	10 Unfallrenten
20 bis unter 30	15 Unfallrenten
30 bis unter 40	20 Unfallrenten
40 bis unter 50	25 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Forte Pro2)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente und eine Kapitalleistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Unfallrente

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

Jährliche Rentenerhöhung:

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, im dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder

- die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung nach Ziffer 1.2 vor.

1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, leisten wir das 12fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung.

2 Kapitalleistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 1 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
1 bis unter 10	5 Unfallrenten
10 bis unter 20	10 Unfallrenten
20 bis unter 30	15 Unfallrenten
30 bis unter 40	20 Unfallrenten
40 bis unter 50	25 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent und Kapitalleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Aktiv)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente und eine Kapitalleistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Unfallrente

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person

- bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,
- bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Die vereinbarte Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Stirbt die versicherte Person und waren die Voraussetzungen nach Ziffer 1.1 erfüllt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder
- die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, zahlen wir die Unfallrente über den Tod der versicherten Person

1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, leisten wir 12 Unfallrenten als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 1.2.

2 Kapitalleistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
20 bis unter 35	5 Unfallrenten
35 bis unter 50	10 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Aktiv Plus)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente und eine Kapitalleistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Unfallrente

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person

- bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,
- bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Die vereinbarte Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Stirbt die versicherte Person und waren die Voraussetzungen nach Ziffer 1.1 erfüllt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder
- die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, zahlen wir die Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 1.2.

1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, leisten wir 12 Unfallrenten als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 1.2.

2 Kapitaleistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 1 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Kapitaleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitaleistung
1 bis unter 10	1 Unfallrente
10 bis unter 20	2 Unfallrenten
20 bis unter 35	5 Unfallrenten
35 bis unter 50	10 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitaleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitaleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Aktiv Pro2)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente und eine Kapitaleistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Unfallrente

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person

- bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,
- bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Die vereinbarte Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Stirbt die versicherte Person und waren die Voraussetzungen nach Ziffer 1.1 erfüllt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

Jährliche Rentenerhöhung:

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

1.3 **Beginn und Dauer der Leistung**

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder
- die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 1.2. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung vor.

1.4 **Leistung bei Tod der versicherten Person**

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, leisten wir das 12fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 1.2.

2 **Kapitalleistung**

2.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2 **Art und Höhe der Leistung**

Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
20 bis unter 35	5 Unfallrenten
35 bis unter 50	10 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad (Unfallrente Aktiv Plus Pro2)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente und eine Kapitalleistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 **Unfallrente**

1.1 **Voraussetzungen für die Leistung**

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

1.2 **Höhe der Leistung**

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person

- bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,
- bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Die vereinbarte Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Stirbt die versicherte Person und waren die Voraussetzungen nach Ziffer 1.1 erfüllt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

Jährliche Rentenerhöhung:

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

1.3 **Beginn und Dauer der Leistung**

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder

- die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 1.2. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung vor.

1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1.1 entstanden, leisten wir das 12fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 1.2.

2 Kapitalleistung

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 1 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
1 bis unter 10	1 Unfallrente
10 bis unter 20	2 Unfallrenten
20 bis unter 35	5 Unfallrenten
35 bis unter 50	10 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent (Unfallrente Komfort)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

- monatlich im Voraus.

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder

- die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1 entstanden, zahlen wir die vereinbarte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

4 Leistung bei Tod der versicherten Person

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1 entstanden, leisten wir das 12fache der vereinbarten Unfallrente als Einmalzahlung.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent (Unfallrente Komfort Plus)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

- 1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
- 2 Höhe der Leistung**

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person

 - bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,
 - bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Die vereinbarte Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Stirbt die versicherte Person und waren die Voraussetzungen nach Ziffer 1 erfüllt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

- 3 Beginn und Dauer der Leistung**

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

 - wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder
 - die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1 entstanden, zahlen wir die Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.
- 4 Leistung bei Tod der versicherten Person**

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1 entstanden, leisten wir 12 Unfallrenten als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung (Unfallrente Komfort Pro2)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

- 1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.
- 2 Höhe der Leistung**

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

Jährliche Rentenerhöhung:

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

- 3 Beginn und Dauer der Leistung**

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

 - wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder
 - die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1 entstanden, zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung nach Ziffer 2 vor.
- 4 Leistung bei Tod der versicherten Person**

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1 entstanden, leisten wir das 12fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung (Unfallrente Komfort Plus Pro2)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person

- bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,
- bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Die vereinbarte Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Stirbt die versicherte Person und waren die Voraussetzungen nach Ziffer 1 erfüllt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

Jährliche Rentenerhöhung:

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, im dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente zahlen wir

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

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder
- die versicherte Person stirbt.

Rentengarantie:

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1 entstanden, zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung vor.

4 Leistung bei Tod der versicherten Person

Wir zahlen eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallrente beträgt, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Stirbt die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 1 entstanden, leisten wir das 12fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 225 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) ermittelt. Ziffer 2.1 der AUB 2014 der Continentale wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel (300 Prozent) und Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel (300 Prozent) und Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) ermittelt.

Ziffer 2.1 der AUB 2014 der Continentale wird wie folgt ergänzt:

- 1 Bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad unter 90 Prozent gilt:

- 1.1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

- 1.2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

- 2 Bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent zahlen wir die vierfache Invaliditätsleistung.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	28	45	85	64	156	83	232
27	31	46	88	65	160	84	236
28	34	47	91	66	164	85	240
29	37	48	94	67	168	86	244
30	40	49	97	68	172	87	248
31	43	50	100	69	176	88	252
32	46	51	104	70	180	89	256
33	49	52	108	71	184	90	360
34	52	53	112	72	188	91	364
35	55	54	116	73	192	92	368
36	58	55	120	74	196	93	372
37	61	56	124	75	200	94	376
38	64	57	128	76	204	95	380
39	67	58	132	77	208	96	384
40	70	59	136	78	212	97	388
41	73	60	140	79	216	98	392
42	76	61	144	80	220	99	396
43	79	62	148	81	224	100	400
44	82	63	152	82	228		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit besonders erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel – 350 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit besonders erhöhter progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) ermittelt.

Ziffer 2.1 der AUB 2014 der Continentale wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 500 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) ermittelt.

Ziffer 2.1 der AUB 2014 der Continentale wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 Prozent aus der Versicherungssumme.

- 3 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 4 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 1 000 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) ermittelt.

Ziffer 2.1 der AUB 2014 der Continentale wird wie folgt ergänzt:

- 1 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.

- 2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 12 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	30	45	125	64	388	83	711
27	35	46	130	65	405	84	728
28	40	47	135	66	422	85	745
29	45	48	140	67	439	86	762
30	50	49	145	68	456	87	779
31	55	50	150	69	473	88	796
32	60	51	167	70	490	89	813
33	65	52	184	71	507	90	830
34	70	53	201	72	524	91	847
35	75	54	218	73	541	92	864
36	80	55	235	74	558	93	881
37	85	56	252	75	575	94	898
38	90	57	269	76	592	95	915
39	95	58	286	77	609	96	932
40	100	59	303	78	626	97	949
41	105	60	320	79	643	98	966
42	110	61	337	80	660	99	983
43	115	62	354	81	677	100	1000
44	120	63	371	82	694		

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für bestimmte Berufsgruppen in der Unfallversicherung (Spezialgliedertaxe)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit nachfolgenden verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

- 1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %

andere Zehe	5 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

- 2 Sehen die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen – sofern diese vereinbart sind – im Einzelfall eine höhere Bemessung des Invaliditätsgrades vor, gelten diese höheren Werte.
- 3 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Schmerzensgeldes in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir ein Schmerzensgeld entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der unter Ziffer 2.3 in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen erlitten.
- 1.2 Die Verletzung ist unverzüglich nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und der Anspruch auf Schmerzensgeld von Ihnen bei uns innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht worden.

2 Art und Höhe der Leistung

- 2.1 Das Schmerzensgeld zahlen wir als einmalige Kapitalleistung je Unfall. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und – unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Prozentsatzes – der in der Schmerzensgeldtabelle für die unfallbedingte Verletzung festgelegte Prozentsatz.
- 2.2 Sind durch den Unfall mehrere der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen entstanden, so werden die entsprechenden Prozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.3	Schmerzensgeldtabelle		Anbruch/knöcherner Ausriss der Wirbelsäule Hals, Brust- und Lendenwirbelsäule)	
	Bruch/Anbruch am Kopf:		Wirbelkörper einfach	10 %
	Schädeldach ohne Hirnbeteiligung	20 %	Wirbelkörper mehrfach	20 %
	Gesichtsschädel	10 %	Bruch des Beckens	80 %
	Nasenbein	5 %	Anbruch/knöcherner Ausriss des Beckens	30 %
	Kiefer	10 %	Bruch/Luxation des Hüftgelenks	80 %
	Verletzungen am Auge:		Anbruch/knöcherner Ausriss des Hüftgelenks	30 %
	Hornhauterosion	5 %	Bruch/Luxation an den unteren Gliedmaßen:	
	Augapfelprellung mit Einblutung in den Glaskörper	10 %	Oberschenkel ohne Gelenkbeteiligung	30 %
	Bruch/Anbruch/knöcherner Ausriss/Luxation an den oberen Gliedmaßen:		Knie	80 %
	Kopfgelenk der Schulter	50 %	Unterschenkel ohne Gelenkbeteiligung	30 %
	Oberarm ohne Gelenkbeteiligung	20 %	Sprunggelenk	80 %
	Ellenbogen	40 %	Außenbandruptur, Kniegelenkbandruptur, Meniskusriss	20 %
	Unterarm ohne Gelenkbeteiligung	15 %	Kreuzbandriss	40 %
	Ellenbogengelenkluxation, Rotatorenmanschettenruptur, Bizepssehnenabriss	20 %	Anbruch/knöcherner Ausriss an den unteren Gliedmaßen:	
	Bruch/Anbruch/knöcherner Ausriss/Luxation an den Händen:		Oberschenkel ohne Gelenkbeteiligung	15 %
	Handgelenk oder Handwurzel	20 %	Knie	15 %
	Mittelhand	20 %	Unterschenkel ohne Gelenkbeteiligung	15 %
	Daumen	10 %	Sprunggelenk	15 %
	Zeigefinger	10 %	Bruch/Anbruch/knöcherner Ausriss/Luxation an den Füßen:	
	Sonstiger Finger	5 %	Fußwurzel	60 %
	Vollständige Zerreissung von stabilisierenden Kapselbandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreissung von Sehnen (nicht Muskelfasern)	5 %	Mittelfuß	20 %
	Bruch/Anbruch am Oberkörper:		Großzehe	10 %
	Schulterblatt	30 %	Sonstige Zehe	5 %
	Schlüsselbein	20 %	Verbrennungen des 2. Grades, soweit mehr als 10 Prozent der Körperoberfläche betroffen	40 %
	Brustbein	10 %	Innere Verletzungen:	
	Steißbein	10 %	Ruptur der Milz, Leber oder einer Niere	10 %
	Rippenserien einer Rippe	20 %	Ruptur mehrerer innerer Organe (Milz, Leber oder Niere)	20 %
	Bruch/Luxation der Wirbelsäule (Hals, Brust- und Lendenwirbelsäule)		Verlust/Abbruch von Zähnen (keine Milchzähne, Implantate und Prothesen):	
	Wirbelkörper einfach	15 %	ein Zahn	10 %
	Wirbelkörper mehrfach	30 %	mehrere Zähne	20 %

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha Plus)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erhalten Sie Reha-Leistungen über einen von uns beauftragten Dienstleister entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzung für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

- Schädel-, Hirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung (Contusion) oder Hirnblutung
- Fraktur des Beckens
- Oberarmkopffraktur
- Fraktur mit Beteiligung des Ellenbogens
- Oberschenkelhalsbruch
- Fraktur des Schienbeinkopfs
- CRPS (Sudeck)

oder

1.2 die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, deren Dauer ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindestens 14 Tage beträgt.

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

2 Art, Umfang und Dauer der Leistungen

2.1 Die versicherte Person kann bei Vorliegen der Voraussetzung die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen.

Der von uns ausgewählte Dienstleister wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfehlen und bei Bedarf umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung erarbeiten und kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleiten.

2.2 Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Verletzung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.

Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind.

Wir übernehmen die für die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes anfallenden Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 EUR je Versicherungsfall.

Die Kosten einer notwendigen Heilbehandlung im stationären und ambulanten Bereich übernehmen wir bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 EUR je Versicherungsfall. Besteht

unfallbedingt die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln, ersetzen wir die dadurch entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000 EUR je Versicherungsfall. Als Voraussetzung für den Ersatz der Kosten gilt jeweils, dass ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die sonstigen Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen selbst entstehen, werden nicht übernommen. Die Reha-Leistungen enden spätestens drei Jahre nach dem Unfall der versicherten Person. Bei Personen, die bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, verlängert sich dieser Zeitraum von drei auf fünf Jahre nach dem Unfall.

2.3 Die Reha-Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder vom eingeschalteten Beratungs- und Reintegrationsdienst vorgeschlagen wurde.

2.4 Mit der Erbringung der Reha-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Vertrag nicht verbunden, da aus medizinischen/sozialen Gründen mit der Einschaltung des Beratungs- und Reintegrationsdienstes nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

3 Was ist nach einem Unfall zu beachten?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2014 der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

Die Reha-Leistungen müssen Sie oder die versicherte Person spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage

– eines objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Berichts

oder

– einer Bescheinigung über die ununterbrochene vollstationäre Heilbehandlung

bei uns geltend machen.

Wird diese Obliegenheit verletzt, gilt Ziffer 8 der AUB 2014 der Continentale entsprechend.

4 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Reha-Leistungen neu festgesetzt werden?

4.1 Den für die Reha-Leistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

4.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

4.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

4.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt eine Anpassung

nach Ziffer 4.3 erfolgt und wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

4.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Reha-Leistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

4.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

4.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Reha-Leistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Reha-Leistungen in Schriftform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

5 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, erfolgt nach Ziffer 6.1 der AUB 2014 der Continentale die Umstellung in den Tarif für Erwachsene. Ergänzend zu Ziffer 6.1 der AUB 2014 der Continentale haben Sie jedoch folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten für die Geldleistungen die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen der Geldleistungen entsprechend um den Anteil, um den sich der Beitrag für die Reha-Leistungen sowie Geldleistungen erhöht. Die vereinbarten Reha-Leistungen bleiben unverändert.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 der AUB 2014 der Continentale mit, setzt sich die Unfallversicherung entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erbringen wir Betreuungsleistungen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall des versicherten Kindes zu einem Betreuungsbedarf, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Betreuungsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister.

1.2 Die Betreuungsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Betreuungsleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

– Das versicherte Kind ist durch den Unfall in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass es eine Betreuung benötigt (Betreuungsbedürftigkeit).

– In dem Haushalt lebt keine Person, die die Betreuung übernehmen kann.

2.2 Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Betreuungsleistungen aus Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

- 2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Betreuungsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale nicht berücksichtigt.
- 3 Welche Betreuungsleistungen sind versichert?**
Die Leistungen umfassen die Betreuung des versicherten Kindes einschließlich der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie der Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).
Wir organisieren folgende Fahrdienste für das versicherte Kind:
– zum Kindergarten oder zur Kindertagesstätte und Schule,
– zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
– zu entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
– zu Arztterminen, zu ärztlich verordneten Anwendungen
und zurück. Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 1.500 EUR.
- 4 Dauer der Leistungen**
Wir erbringen die Betreuungsleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen, vom Unfalltag an gerechnet. Die Betreuung übernehmen wir dabei bis zu 8 Stunden täglich, die Kinderbetreuung in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall ohne anderweitige (z. B. familiäre) Möglichkeit einer Kinderbetreuung.
- 5 Rechtsverhältnis versicherte Person - Dienstleister**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet. Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht übernommen.
- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten?**
Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2014 der Continentale gilt folgende Obliegenheit: Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.
Wird diese Obliegenheit verletzt, gilt Ziffer 8 der AUB 2014 der Continentale entsprechend.
- 7 Wann sind die Betreuungsleistungen fällig?**
Haben Sie uns schlüssig
– den Unfallhergang, die Unfallfolgen und
– die Betreuungsbedürftigkeit durch den Unfall
dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Betreuungsleistungen nach Ziffer 3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Betreuungsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht werden. Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.
- 8 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Betreuungsleistungen neu festgesetzt werden?**
8.1 Den für die Betreuungsleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.
- 8.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen
8.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.
8.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt eine Anpassung nach Ziffer 8.3 erfolgt und wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.
In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.
- 8.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs
Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Betreuungsleistungen neu festzusetzen,
– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und
– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.
Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn
– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und
– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.
Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend. Der Beitrag wird dann entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.
- 8.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.
- 8.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Betreuungsleistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Betreuungsleistungen in Schriftform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.
- 9 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?**
Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, erfolgt nach Ziffer 6.1 der AUB 2014 der Continentale die Umstellung in den Tarif für Erwachsene. Ergänzend zu Ziffer 6.1 der AUB 2014 der Continentale entfallen die nur im Kindertarif versicherbaren Betreuungsleistungen und werden durch die Hilfsleistungen ersetzt. Es gelten dafür die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung. Der Beitrag bestimmt sich nach dem für diese Leistung vorgesehenen Erwachsenentarif. Die Umstellung auf die Hilfsleistungen gilt, sofern Sie uns nicht spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 der AUB 2014 der Continentale mitteilen, dass Sie diese nicht möchten. Über dieses Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig vor Umstellung in den Tarif für Erwachsene informieren.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erbringen wir Hilfsleistungen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister.

1.2 Die Hilfsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfsleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

- Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfsleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale nicht berücksichtigt.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Erstgespräch

Im Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der nach Ziffer 3.2 bis 3.4 zu erbringenden Hilfsleistungen festgestellt sowie die versicherte Person über die Art und die Durchführung informiert.

3.2 Hilfsleistungen

3.2.1 Menüservice

Über einen Menüservice erfolgt die Versorgung der versicherten Person mit einem Mittagmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Wir erbringen diese Leistung auch für Personen, die als Ehe-, Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person zusammenleben und bis zum Unfall von dieser versorgt wurden.

3.2.2 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu 2-mal pro Woche durchgeführt.

Zu den Besorgungen und Einkäufen zählen:

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten, Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung) und das Einkaufen (einschließlich Beschaffung von Medikamenten),
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

3.2.3 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu 2-mal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 50 Kilometer von ihrem Aufenthaltsort.

3.2.4 Reinigung der Wohnung

Der allgemein übliche Lebensbereich (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche) wird einmal wöchentlich gereinigt. Dies setzt

voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.2.5 Versorgung der Wäsche

Einmal wöchentlich wird

- das Waschen, Trocknen,
- das Bügeln,
- das Sortieren, Einräumen der Wäsche und
- die Schuhpflege übernommen.

3.2.6 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausentlassung/ambulanten Operation

Unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt/einer ambulanten Operation wird für die Beaufsichtigung der versicherten Person gesorgt, längstens für 48 Stunden.

3.2.7 Betreuung der Familie

Wir betreuen die in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebenden Personen, soweit

- die versicherte Person diese betreut hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist und
- in dem Haushalt keine Person lebt, die die Betreuung übernehmen kann.

3.2.7.1 Aufrechterhaltung/Weiterführung des Haushalts

Wir sorgen für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts. Hierzu zählen die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren), Schuhpflege, Einkaufen und die übliche Wohnungereinigung (Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad und Toilette).

3.2.7.2 Betreuung der Kinder

Die Betreuung der Familie umfasst die Betreuung minderjähriger Kinder einschließlich der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie der Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Wir organisieren folgende Fahrdienste für die Kinder:

- zum Kindergarten oder zur Kindertagesstätte und Schule,
- zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
- zu entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
- zu Arztterminen, zu ärztlich verordneten Anwendungen und zurück. Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 1.500 EUR.

3.3 Vermittlung von Hilfsleistungen

Zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 und 3.2 aufgeführten Leistungen vermitteln wir auf Ihren Wunsch die folgenden Hilfsleistungen:

3.3.1 Beratung bei Umbau von Wohnung/Kraftfahrzeug

Es wird einmalig eine Beratung bei Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs vermittelt. Die Kosten für den Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs werden nicht übernommen.

3.3.2 Tierbetreuung

Es wird einmalig eine Betreuung von gewöhnlichen Haustieren (Hunde, Katzen, Vögel etc.) der versicherten Person vermittelt.

3.3.3 Gartenpflege und Schneeräumdienst

Wir vermitteln einmalig die Pflege des Gartens sowie das Schneeräumen.

Für Ziffer 3.3.2 und 3.3.3 gilt:

Die Kosten im Rahmen der Tierbetreuung bzw. für Gartenpflege und Schneeräumdienst werden bis zu einem Betrag von insgesamt 250 EUR übernommen.

3.3.4 Wohnraumberatung (Sicherheitscheck)

Wir organisieren eine Wohnraumüberprüfung im Hinblick auf barrierefreies Wohnen im Haushalt der versicherten Person und erstellen ein Protokoll mit Anregungen für die Umgestaltung des Wohnraumes (Beseitigung von Stolperfallen, etc.).

4 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von 3 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.

- Die Leistungen der Familienbetreuung nach Ziffer 3.2.7 erbringen wir abweichend längstens für einen Zeitraum von 4 Wochen, vom Unfalltag an gerechnet. Die Betreuung übernehmen wir dabei bis zu 8 Stunden täglich, die Kinderbetreuung in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall ohne anderweitige (z. B. familiäre) Möglichkeit einer Kinderbetreuung.
- 5 Rechtsverhältnis versicherte Person - Dienstleister**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet. Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht übernommen.
- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten?**
Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2014 der Continentale gilt folgende Obliegenheit: Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.
Wird diese Obliegenheit verletzt, gilt Ziffer 8 der AUB 2014 der Continentale entsprechend.
- 7 Wann sind die Hilfsleistungen fällig?**
Haben Sie uns schlüssig
– den Unfallhergang, die Unfallfolgen und
– die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall
dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Hilfsleistungen nach Ziffer 3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Hilfsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht werden. Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.
- 8 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfsleistungen neu festgesetzt werden?**
- 8.1 Den für die Hilfsleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.
- 8.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen
- 8.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.
- 8.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt eine Anpassung nach Ziffer 7.3 erfolgt und wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.
In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.
- 8.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs
Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Hilfsleistungen neu festzusetzen,
– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und
– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.
Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn
– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und
– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.
Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend. Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.
- 8.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.
- 8.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Hilfsleistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Hilfsleistungen in Schriftform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Haushaltshilfegeldes in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir ein Haushaltshilfegeld entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherte Erwachsene befindet sich wegen des Unfalls innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung von mehr als 10 Kalendertagen

und

in seinem Haushalt lebt keine Person, die in der Lage ist, die Haushaltsführung zu übernehmen.

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

2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Haushaltshilfegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme ab dem 11. Tag für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens für 100 Tage.

Mehrere vollstationäre Behandlungen wegen desselben Unfalls gelten als eine ununterbrochene Behandlung.

Bestehen für den versicherten Erwachsenen bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann das Haushaltshilfegeld nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Rooming-in-Leistung in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Rooming-in-Leistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind befindet sich wegen des Unfalls innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem Kind (Rooming-in).

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

2 Höhe und Dauer der Leistung

Die Rooming-in-Leistung wird pro Übernachtung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt, längstens für 100 Übernachtungen.

Mehrere vollstationäre Behandlungen wegen desselben Unfalls gelten als eine ununterbrochene Behandlung.

Bestehen für das versicherte Kind bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann die Rooming-in-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3 Ende der Versicherung der Rooming-in-Leistung

Die Versicherung der Rooming-in-Leistung endet mit Umstellung auf den Erwachsenen-Tarif, spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

4 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Schulausfallgeldes in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir ein Schulausfallgeld entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind kann unfallbedingt nicht am Schulunterricht (allgemein bildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen.

Sie haben uns den Beginn und die Dauer des unfallbedingten Schulausfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attests und einer Bescheinigung der Schule nachgewiesen.

2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Schulausfallgeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach der Dauer des Schulausfalls wie folgt gezahlt:

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

der Versicherungssumme.

Das Schulausfallgeld wird für die Dauer des Schulausfalls gezahlt, längstens jedoch für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet. Ferien oder vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall.

Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Schulausfall.

3 Ende der Versicherung des Schulausfallgeldes

Die Versicherung des Schulausfallgeldes endet mit Umstellung auf den Erwachsenen-Tarif, spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1 Voraussetzungen für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person hat sich wegen des Unfalls 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.

1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2 Art und Höhe der Leistungen

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

– Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel,

– notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung bei einer stationären Behandlung, bei der die ärztliche Heilbehandlung der Unfallfolgen nicht im Vordergrund steht,

– Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer zusätzlichen Todesfall-Leistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erhöht sich eine vereinbarte Todesfall-Leistung um 25 %, sofern die versicherte Person den Unfall als Fahrgast bei dem Betrieb eines öffentlichen Verkehrsmittels erleidet. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind dabei mitversichert.

Als öffentliche Verkehrsmittel gelten im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßenbah-

nen, Eisenbahnen, Schiffe und Fähren, Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur und Flugzeuge im Linienverkehr (kein privater Charterverkehr).

Die Erhöhung um 25 % gilt auch für die im Rahmen einer Unfallrente vereinbarte Todesfall-Leistung.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer zusätzlichen Todesfall-Leistung für Waisen

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erhöht sich eine vereinbarte Todesfall-Leistung um 25 %, sofern durch den Tod des versicherten Elternteils ein Kind, das zum Zeitpunkt des Todes das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Vollwaise wird.

Die Erhöhung um 25 % gilt auch für die im Rahmen einer Unfallrente vereinbarte Todesfall-Leistung.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen (Tarif XXL)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen vereinbart.

1 Verbesserte Gliedertaxe

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die nachfolgenden erhöhten Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	65 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	8 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	100 %

Sehen die Besonderen Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für bestimmte Berufsgruppen in der Unfallversicherung – sofern diese vereinbart sind – zur Leistungsart Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1 der AUB 2014 der Continentale) eine höhere Bemessung des Invaliditätsgrades vor, gelten diese höheren Werte.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

2 Verlängerte Leistungsdauer und Zahlung in doppelter Höhe beim Krankenhaustagegeld

Abweichend von Ziffer 2.4.2 der AUB 2014 der Continentale zahlen wir das Krankenhaustagegeld längstens für vier Jahre, vom Unfalltag an gerechnet,

und

vom 1. – 10. Kalendertag in doppelter Höhe.

Bei mehreren vollstationären Heilbehandlungen wegen desselben Unfalls ist die Zahlung in doppelter Höhe auf insgesamt 10 Kalendertage beschränkt.

Bei der Zahlung des Genesungsgeldes nach Ziffer 2.5.2 der AUB 2014 der Continentale bleibt es bei dem einfachen Krankenhaustagegeldsatz.

3 Krankenhaustagegeld für ambulante Operationen

Wenn die versicherte Person wegen eines Unfalls ambulant operiert wird und deswegen für mindestens 7 Tage vom Tag der Operation an gerechnet, ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig bzw. falls sie nicht berufstätig ist, vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt ist, wird für 7 Tage das im Vertrag vereinbarte Krankenhaustagegeld gezahlt.

Die Leistungsvoraussetzungen müssen Sie uns innerhalb eines Monats, vom Operationstag an gerechnet, durch ein ärztliches Attest nachweisen.

Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.5.2 der AUB 2014 der Continentale besteht für ambulante Operationen nicht.

4 Erweitertes Schulausfallgeld

Abweichend von Ziffer 2 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung eines Schulausfallgeldes in der Unfallversicherung zahlen wir das Schulausfallgeld in voller Höhe bereits ab dem 80. Schulausfalltag.

5 Erweiterte Leistungen bei Kosten für kosmetische Operationen

Abweichend von Ziffer 2 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung zahlen wir die Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Zähnen entstanden sind, soweit es sich nicht um Weisheitszähne handelt.

6 Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten

Wir erbringen Leistungen aus einer um 100 Prozent erhöhten Versicherungssumme. Diese ist im Versicherungsschein ausgewiesen.

Ergänzend zu Ziffer 1 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten in der Unfallversicherung leisten wir Ersatz für Dekompressions-Behandlungskosten, sofern die Nutzung medizinisch geboten war.

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

- 7 Erhöhte Kurkostenbeihilfe**
Wir zahlen eine um 50 Prozent erhöhte Kurkostenbeihilfe. Die erhöhte Versicherungssumme ist im Versicherungsschein ausgewiesen.
- 8 Erhöhtes Haushaltshilfegeld**
Wir zahlen ein um 50 Prozent erhöhtes Haushaltshilfegeld. Die erhöhte Versicherungssumme ist im Versicherungsschein ausgewiesen.
- 9 Erhöhte Rooming-in-Leistung**
Wir zahlen eine um 50 Prozent erhöhte Rooming-in-Leistung. Die erhöhte Versicherungssumme ist im Versicherungsschein ausgewiesen.

- 10 Beitragsbefreiung für das 3. und jedes weitere Kind einer Familie**
Solange im Vertrag mindestens 3 Kinder einer Familie durch einen Familienangehörigen versichert sind, werden das 3. und jedes weitere nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind der Familie beitragsfrei geführt.
Voraussetzung ist, dass diese Kinder keinen weitergehenden Versicherungsschutz als die nicht beitragsfrei geführten Kinder haben.
Als Kinder gelten auch Adoptivkinder – eine beantragte Adoption ist ausreichend –, nicht aber Pflegekinder.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent

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

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 Prozent. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder mit ihm übereinstimmt.
- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf den nächsten durch volle Tausend EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
 - für die Sofortleistung Plus (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Sofortleistung Plus in der Unfallversicherung) und das Schmerzensgeld (Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Schmerzensgeldes in der Unfallversicherung) sowie die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen (Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung) auf den nächsten durch volle Hundert EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
 - für die Unfallrente Forte/Forte Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad), für die Unfallrente Aktiv/Aktiv Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent und Kapitalleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad), für die Unfallrente Aktiv Plus/Aktiv Plus Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad), für die Unfallrente Komfort/Komfort Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung) bzw. für die Unfallrente Komfort Plus/Komfort Plus Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung) auf den nächsten durch volle Fünf EUR ohne Rest teilbaren Betrag
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
Erreicht die Versicherungssumme
 - für die Unfallrente Forte/Forte Pro2, für die Unfallrente Aktiv/Aktiv Pro2 bzw. die Unfallrente Aktiv Plus/Aktiv Plus Pro2, für die Unfallrente Komfort/Komfort Pro2 bzw. die Unfallrente Komfort Plus/Komfort Plus Pro2 mehr als 2.000 EUR
 und/oder
 - für die Invaliditätsleistung (Leistung bei Vollinvalidität) mehr als 600.000 EUR
 gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für höhere Versicherungssummen.
- 5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie 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 die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich, spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres, erfolgen.
Die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag beenden wir, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 5 Prozent

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

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 Prozent zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- 2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf den nächsten durch volle Tausend EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
 - für die Sofortleistung Plus (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Sofortleistung Plus in der Unfallversicherung) und das Schmerzensgeld (Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Schmerzensgeldes in der Unfallversicherung) sowie die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen (Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung) auf den nächsten durch volle Hundert EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
 - für die Unfallrente Forte/Forte Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad), für die Unfallrente Aktiv/Aktiv Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent und Kapitalleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 20 Prozent Invaliditätsgrad), für die Unfallrente Aktiv Plus/Aktiv Plus Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung und Kapitalleistung ab 1 Prozent Invaliditätsgrad), für die Unfallrente Komfort/Komfort Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung)

bzw. für die Unfallrente Komfort Plus/Komfort Plus Pro2 (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent bzw. Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 35 Prozent mit jährlicher Rentenerhöhung) auf den nächsten durch volle Fünf EUR ohne Rest teilbaren Betrag

und

- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld und Schulausfallgeld (Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Schulausfallgeldes in der Unfallversicherung) auf den nächsten durch volle EUR ohne Rest teilbaren Betrag.

3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

4 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Erreicht die Versicherungssumme

- für die Unfallrente Forte/Forte Pro2, für die Unfallrente Aktiv/Aktiv Pro2 bzw. die Unfallrente Aktiv Plus/Aktiv Plus Pro2, für die Unfallrente Komfort/Komfort Pro2 bzw. die Unfallrente Komfort Plus/Komfort Plus Pro2 mehr als 2.000 EUR

und/oder

- für die Invaliditätsleistung (Leistung bei Vollinvalidität) mehr als 600.000 EUR

gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für höhere Versicherungssummen.

5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie 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 die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich, spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres, erfolgen.

Die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag beenden wir, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

Auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) bieten wir Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle. Ziffer 6.2 der AUB 2014 der Continentale gilt nicht.

1 Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person ist
 - durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder
 - nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle versichert.
- 1.2 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.
- 1.3 Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle beim Sport, den die versicherte Person gegen Entgelt betreibt.

3 Änderung der Voraussetzung für die Leistungen

- 3.1 Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen fort, ist die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle nicht

mehr möglich. Es besteht dann bei gleich bleibenden Versicherungssummen eine Versicherung gegen berufliche und außerberufliche Unfälle.

Sie müssen uns den Fortfall der Voraussetzung unverzüglich mitteilen, wenn diese länger als 2 Monate fortfällt, weil die Höhe des Beitrags bzw. der Versicherungssummen maßgeblich von diesen Umständen abhängt.

Errechnet sich ein höherer Beitrag, so ist dieser nach Ablauf von 2 Monaten ab dem Zeitpunkt des Fortfalls zu zahlen.

Erleidet die versicherte Person nach Ablauf dieser Frist einen Unfall, ohne dass uns der Fortfall der Voraussetzung angezeigt worden ist oder sie mit uns eine Einigung über den Beitrag erzielt haben, reduzieren wir die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag.

3.2 Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir auf Ihren Wunsch den Vertrag als Versicherung gegen außerberufliche Unfälle bei gleich bleibenden Versicherungssummen weiter. Errechnet sich nach dem dann gültigen Tarif ein niedrigerer Beitrag gilt dieser ab dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihrer Erklärung bei uns folgt.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziffer 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) auf Gesundheitsschäden durch Infektionen erweitert.

1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.1 Die versicherte Person ist
- Chemiker/in oder Desinfektor/in,
 - Arzt/Ärztin, Zahnarzt/-ärztin, Arzthelfer/in, Zahnarzthelfer/in, Zahntechniker/in, Heilpraktiker/in, Hebamme oder Entbindungspfleger,
 - Student/in der Medizin oder der Zahnheilkunde,
 - Angehörige/r des Krankenpflegepersonals (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in),
 - Tierarzt/-ärztin, Tierheilpraktiker/in, oder Student/in der Tierheilkunde
- und hat sich in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit infiziert.
- 1.2 Aus
- der Krankengeschichte,
 - dem Befund oder
 - der Natur der Erkrankung
- geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.
- 1.3 Die Krankheitserreger sind entweder
- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss,

oder

- bei Chemikern und Desinfektoren durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

oder

bei den unter Ziffer 1.1 genannten Heil- oder Pflegeberufen durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Für versicherte Personen, die in den unter Ziffer 1.1 genannten Heil- oder Pflegeberufen tätig sind, besteht jedoch Versicherungsschutz für Diphtherie und Tuberkulose.

- 1.4 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben bei Chemikern und Desinfektoren Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

2 Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale besteht im Falle einer Invalidität auch dann noch Anspruch auf Leistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Zusatzbedingungen für die Versicherung einer Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 11 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) wird Ihre Unfallversicherung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen beitragsfrei weitergeführt (Beitragsbefreiung).

1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.1 Sie
- sind mindestens 3 Monate ununterbrochen arbeitslos (Karenzzeit),
 - haben den Eintritt der Arbeitslosigkeit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig herbeigeführt und
 - Ihre Arbeitslosigkeit ist frühestens 6 Monate nach Beginn der Versicherung der Beitragsbefreiung eingetreten (Wartezeit).
- Nicht als Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Zusatzbedingungen gilt, wenn ein Auszubildender nicht in ein Arbeitsverhältnis übernommen wird.
- 1.2 Arbeitnehmer/Auszubildende
- Jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit
- sind Sie als Arbeitnehmer/Auszubildender mindestens ein Jahr ununterbrochen bei dem gleichen Arbeitgeber sozialversicherungspflichtig mindestens 15 Stunden wöchentlich beschäftigt gewesen und
 - haben in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis gestanden. Als nicht befristet gilt auch ein Ausbildungsverhältnis.
- Als Arbeitnehmer gelten nicht: Wehrdienstleistende und sonstige freiwillig Dienstleistende (freiwilliges Jahr, Bundesfreiwilligendienst), Kurz- und Saisonarbeiter.
- Eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des Gesetzes ist bei Arbeitnehmern nicht ausreichend.
- 1.3 Selbstständige
- Jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit sind Sie als Selbstständiger mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen im Rahmen desselben Unternehmens oder Betriebs tätig gewesen.
- 1.4 Sie haben die Beitragsbefreiung unverzüglich unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung, die das Beginndatum der Arbeitslosigkeit enthält, geltend gemacht und

uns die Voraussetzungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.3 durch Bescheinigungen Ihres Arbeitgebers bzw. durch Dokumente Ihrer Selbstständigkeit nachgewiesen.

2 Beginn und Dauer der Leistung

- 2.1 Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang der unter Ziffer 1.4 genannten Unterlagen folgt, frühestens zum Ersten des Monats nach Ablauf der Karenzzeit (Ziffer 1.1).

Ab diesem Zeitpunkt wird Ihre Unfallversicherung für die Dauer der Arbeitslosigkeit beitragsfrei geführt, längstens für 2 Jahre und längstens bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden.

- 2.2 Die Fortdauer der Arbeitslosigkeit müssen Sie uns vierteljährlich – ab Beginn der Beitragsbefreiung gerechnet – unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachweisen. Erhalten wir diesen Nachweis nicht fristgerecht, ruht die Beitragsbefreiung ab dem Ersten des folgenden Monats.

Endet Ihre Arbeitslosigkeit, müssen Sie uns unverzüglich informieren.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssummen nehmen während der Zeit der Beitragsbefreiung an einer für den Vertrag vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

4 Ende der Versicherung der Beitragsbefreiung

(Zusatz zu Ziffer 10 der AUB 2014 der Continentale)

- 4.1 Die Versicherung der Beitragsbefreiung endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden.

- 4.2 Die Versicherung der Beitragsbefreiung können Sie durch Kündigung zum Ende jeden Monats beenden. Die Kündigung muss uns spätestens einen Monat vor dem Kündigungstermin zugegangen sein.

Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung

Wir bieten im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) Vorsorgeschutz für hinzukommende Familienangehörige (Ehepartner und leibliche Kinder) entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.1 Sie oder die versicherte Person haben während der Wirksamkeit des Vertrags
- geheiratet oder
 - ein Kind geboren.
- 1.2 Sie erhalten dann den Vorsorgeschutz für den Ehepartner oder das neugeborene Kind, sofern diese nicht bereits bei der Continentale Sachversicherung AG unfallversichert sind.

2 Höhe und Dauer der Leistung

- 2.1 Die Versicherungssummen betragen je Person
- | | |
|------------|--|
| 52.000 EUR | Invaliditätsleistung
(ohne Progression und Mehrleistungen) |
| 2.600 EUR | Sofortleistung Plus |
| 11 EUR | Krankenhaustagegeld |
| 11 EUR | Genesungsgeld |
| 11.000 EUR | Todesfall-Leistung |
| 15.000 EUR | Serviceleistungen inklusive Auslands-
Assistance und Bergungskosten |

- 2.2 Wenn Sie die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen vereinbart haben, gelten diese auch für die Familien-Vorsorge-Versicherung.
- 2.3 Bestehen für Sie oder die versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann der Vorsorgeschutz nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 2.4 Der Vorsorgeschutz besteht 2 Monate ab Eheschließung bzw. ab Geburt.
- 2.5 Zeigen Sie uns die Eheschließung oder Geburt innerhalb der 2 Monate schriftlich unter Vorlage der Heirats- oder Geburtsurkunde an, verlängert sich der Vorsorgeschutz für die hinzugekommenen Familienangehörigen um weitere 4 Monate.
- 2.6 Der Vorsorgeschutz endet, sobald für die im Rahmen der Familien-Vorsorge versicherte Person eine Unfallversicherung bei der Continentale Sachversicherung AG abgeschlossen wird, und zwar mit Beginn dieser Versicherung oder mit unserer Ablehnung des Antrags.
- 2.7 Die Regelungen der Familien-Vorsorge gelten sinngemäß für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssummen nehmen an einer für den Vertrag vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (UnfallGiroKollekt)

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Versicherungen ohne Namensangabe

- 1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
- 1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.
- 1.3 Sie sind verpflichtet, uns regelmäßig die Anzahl der versicherten Personen anzugeben. Dieser Mitteilungspflicht müssen Sie innerhalb eines Monats nach Ende des zurückliegenden Zeitabschnitts, für welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, nachkommen. Die Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir die Angaben für jede Gruppe getrennt.
- Kommen Sie der Mitteilungspflicht nicht nach und sind tatsächlich mehr als die zuletzt angegebenen Personen versichert, sind wir bei Eintritt eines Unfalls berechtigt, die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag zu reduzieren.
- 1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt, und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.
- 1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2 Versicherungen mit Namensangabe

- 2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
- 2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits

Versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

- 2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.
- 2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.
- 2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige in Schriftform zugeht.
- 2.6 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

3 Vertragsdauer

(Zusatz zu Ziffer 10 der AUB 2014 der Continentale)

- 3.1 Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.
- 3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.
- 3.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

5 Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Informationen zum Versicherer (Nr. 1-5)

1. **Identität des Versicherers**
Continentale Sachversicherung AG
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783
2. **Identität eines Vertreters in dem Mitgliedstaat der EU**
Die Continentale Sachversicherung AG hat in keinem weiteren Mitgliedsstaat der Europäischen Union eine Niederlassung.
3. **Ladungsfähige Anschrift**
Continentale Sachversicherung AG
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Helmut Posch (Vorsitzender),
Stefan Andersch, Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
4. **Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde**
 - Die Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben des Erstversicherungsgeschäfts in allen Sparten der Privatversicherung mit Ausnahme der Lebens-, Kranken- und Kreditversicherung.
 - Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
Bei Wohnsitz des Antragstellers in Österreich ist zuständig für Beschwerden das Bundesministerium für Finanzen, Versicherungsaufsicht, Johannesgasse 14, A-1015 Wien.
5. **Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen**
entfällt

Informationen zur angebotenen Leistung (Nr. 6-11)

6. **Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung**
 - a) Versicherungsbedingungen sowie anwendbares Recht
Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale), die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten in der Unfallversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung der Kosten für psychologische Betreuung in der Unfallversicherung, die Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung und – soweit ausdrücklich vereinbart – die weiteren Besonderen (bzw. Zusatz-) Bedingungen.
Auf die vorvertragliche Beziehung und den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung. Bei Wohnsitz des Antragstellers in Österreich beachten Sie bitte die Erläuterungen unter Nr. 17.
 - b) Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers
Wir leisten im Versicherungsfall eine Geldleistung. Bei vereinbarten Reha-Leistungen kann die versicherte Person bei Vorliegen der Voraussetzungen die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung).
Vereinbarte Betreuungs- und/oder Hilfsleistungen erbringen wir über eine von uns beauftragte qualifizierte Organisation in ganz Deutschland (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung bzw. die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung).

Der Umfang der Leistung ergibt sich aus den mit uns vereinbarten und in dem Versicherungsschein dokumentierten Leistungsarten bzw. Versicherungssummen. In dem Versicherungsschein sind die für die jeweilige Leistungsart geltenden Versicherungsbedingungen genannt.

Liegen uns die Unterlagen zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen vor, sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob wir einen Anspruch anerkennen. Erkennen wir den Anspruch an oder wird eine Einigung über Grund und Höhe der Leistung getroffen, müssen wir innerhalb von zwei Wochen leisten. Die Einzelheiten zur Fälligkeit der Leistungen sind in Ziffer 9 der AUB 2014 der Continentale geregelt.

Bei vereinbarten Betreuungs- und/oder Hilfsleistungen haben Sie uns schlüssig den Unfallhergang, die Unfallfolgen und die Betreuungs-/Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall darzulegen. Wir stellen dann unverzüglich den individuellen Bedarf an Betreuungs- bzw. Hilfsleistungen im Sinne der Bedingungen fest und erklären, ob und welche Betreuungs- bzw. Hilfsleistungen erbracht werden (siehe im Einzelnen Ziffer 7 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung bzw. Ziffer 6 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung).

7. **Gesamtpreis der Versicherung**
Der Gesamtbeitrag in Euro gemäß Zahlungsperiode inkl. Nachlässe und Versicherungssteuer ist dem Antrag zu entnehmen.
8. **Zusätzlich anfallende Kosten**
Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben bzw. in Rechnung gestellt – außer Mahngebühren sowie den Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines Lastschriftverfahrens.
9. **Einzelheiten der Zahlung**
Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.
Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.
Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
Die Beiträge in der Einzelunfallversicherung sind monatlich zu zahlen. Bei anderen Zahlungsperioden wird ein Nachlass gewährt. Dieser beträgt bei vierteljährlicher Zahlungsperiode 3 Prozent, bei halbjährlicher Zahlungsperiode 5 Prozent und bei jährlicher Zahlungsperiode 10 Prozent.
Die Beiträge in der Gruppenunfallversicherung sind Jahresbeiträge, die jährlich im Voraus zu entrichten sind. Bei unterjähriger Zahlungsperiode werden, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, Zuschläge erhoben. Diese betragen bei halbjährlicher Zahlungsperiode 3 Prozent, bei vierteljährlicher und bei monatlicher Zahlungsperiode 5 Prozent.
Eine monatliche Zahlungsperiode ist nur im Rahmen eines Lastschriftverfahrens möglich.
10. **Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen**
Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes- oder Tarifänderungen, nicht befristet.
11. **Finanzinstrumente mit speziellen Risiken**
entfällt

Informationen zum Vertrag (Nr. 12-18)

12. Zustandekommen des Vertrags/Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder wir schriftlich die Annahme des Antrags erklären.

Zahlen Sie den ersten Beitrag 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.

13. Widerrufsrecht

Die Regelungen zum Widerrufsrecht (bzw. bei Wohnsitz des Antragstellers in Österreich zum Rücktrittsrecht) sind dem Antrag zu entnehmen.

14. Laufzeit des Vertrags

Die Laufzeit des Vertrags (Versicherungsbeginn und -ablauf) ergibt sich aus dem Antrag.

Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.

Der Vertrag kann bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten von Ihnen gekündigt werden.

Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Schriftform zugehen.

15. Beendigung des Vertrags

Unter den nachfolgend genannten Ziffern der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) finden Sie die wesentlichen Regelungen zur Beendigung/zu den Kündigungsmöglichkeiten des Vertrags:

Ziffer 4.1/4.2 – Nichtversicherbarkeit/Ende der Versicherung bei dauernder Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit

Ziffer 10.2 – Dauer und Ende des Vertrags (Beendigung ohne Kündigung bei Vertragsdauer von weniger als einem Jahr/stillschweigende Verlängerung bzw. Kündigung bei längerer Vertragsdauer)

Ziffer 10.3 – Kündigung nach Versicherungsfall

Ziffer 11.2.3 – Rücktritt des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags

Ziffer 11.3.4 – Kündigung des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Folgebeitrags

Ziffer 13.2/13.3 – Rücktritt/Kündigung des Versicherers bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

16. Anwendbares ausländisches Recht (EU-Mitgliedsstaaten) für vorvertragliche Beziehungen

siehe Erläuterungen unter Nr.17

17. Besondere Vereinbarung zum anwendbaren Recht bzw. zum zuständigen Gericht

Bei Wohnsitz des Antragstellers in Österreich gilt deutsches Recht. In Ergänzung und Abweichung von den in Deutschland für die Unfallversicherung geltenden Bestimmungen finden die zwingenden österreichischen Rechtsvorschriften im Sinne der §§ 5-9 des Bundesgesetzes über internationales Versicherungsvertragsrecht für den europäischen Wirtschaftsraum (Fassung 1993 mit späteren Änderungen) Anwendung. Die einzelnen anwendbaren österreichischen Rechtsvorschriften entnehmen Sie bitte dem Antrag.

Die Vereinbarungen zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 16 der AUB 2014 der Continentale.

18. Sprache

Für den Vertrag einschließlich Vertragsinformation und für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zum Rechtsweg (Nr. 19-20)

19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Wir sind Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können deshalb das kostenlose, außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, sofern Sie einmal mit uns nicht zufrieden sein sollten.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Tel.: 0800 3696000

Fax: 0800 3699000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Versicherungsombudsmann ist für folgende Beschwerden u. a. nicht zuständig:

- Der Beschwerdewert übersteigt 100.000 EUR.
- Es sind bereits Verfahren/Beschwerden vor einem Gericht, Schiedsgericht, dem Versicherungsombudsmann selbst oder anderen Streitschlichtungseinrichtungen oder der Versicherungsaufsichtsbehörde anhängig.

Bei einem Beschwerdewert bis zu 10.000 EUR ist eine Entscheidung des Ombudsmanns für uns als Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. bindend. Für den Beschwerdeführer ist die Entscheidung nicht bindend.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de.

20. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sofern Sie Anlass zu einer Beschwerde haben, können Sie diese auch an die unter Nr. 4 genannte Aufsichtsbehörde richten.

Bei Wohnsitz des Antragstellers in Österreich ist zuständig für Beschwerden das Bundesministerium für Finanzen, Versicherungsaufsicht, Johannesgasse 14, A-1015 Wien.

6 Anzeige der Heirat bzw. der Geburt im Rahmen der beitragsfreien Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung

Unfallversicherung Nr.: _____

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/in Straße, Haus-Nr. Postleitzahl, Ort

Hiermit zeige ich

die Eheschließung von Herrn/Frau _____ am _____ mit Herrn/Frau _____
Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person Name des Ehegatten

die Geburt des leiblichen Kindes _____ von Herrn/Frau _____ am _____
Name des Kindes Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person

an.

Bitte gewähren Sie der genannten Person beitragsfreien Versicherungsschutz gemäß den Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung für die Dauer von 6 Monaten ab Heirat/Geburt. Eine Kopie der Heirats- bzw. Geburtsurkunde liegt bei.

Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin



Anzeige der Heirat bzw. der Geburt im Rahmen der beitragsfreien Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung

Unfallversicherung Nr.: _____

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/in Straße, Haus-Nr. Postleitzahl, Ort

Hiermit zeige ich

die Eheschließung von Herrn/Frau _____ am _____ mit Herrn/Frau _____
Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person Name des Ehegatten

die Geburt des leiblichen Kindes _____ von Herrn/Frau _____ am _____
Name des Kindes Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person

an.

Bitte gewähren Sie der genannten Person beitragsfreien Versicherungsschutz gemäß den Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung für die Dauer von 6 Monaten ab Heirat/Geburt. Eine Kopie der Heirats- bzw. Geburtsurkunde liegt bei.

Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin

Vertragsinformation UnfallGiroVita – die Unfallversicherung mit Hilfs- und Pflegeleistungen der Continentale

	Seite		Seite
1 Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall	45	Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent	52
2 Tarifbestimmungen	46	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bei einem Invaliditätsgrad ab 51 Prozent bis zu 350 Prozent der Versicherungssumme bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent	53
3 Bedingungen	46	Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 25 Prozent	53
Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale)	46	Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 30 Prozent	53
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita	46	Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Schwerstpflegebedürftigkeit (Unfallpflegerente Plus)	53
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten in der Unfallversicherung	47	Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung	54
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung	47	Besondere Bedingungen für die Versicherung einer zusätzlichen Todesfall-Leistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	55
Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für Umzug oder Wohnungsumbau und der Kosten für Autoumbau in der Unfallversicherung	48	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent	55
Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für psychologische Betreuung in der Unfallversicherung	48	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 5 Prozent	55
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur in der Unfallversicherung	48	5 Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen	56
4 Weitere Besondere Bedingungen			
(diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)	49		
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha Plus)	49		
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung	50		

1 Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall

Was bietet UnfallGiroVita?

UnfallGiroVita bietet Ihnen einen ganz besonderen Versicherungsschutz bei Unfällen.

So gilt als Unfall, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

Es besteht weitergehender Versicherungsschutz bei allen nicht alkohol-/drogenbedingten Bewusstseinstörungen.

Insbesondere sind auch Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall verursacht werden, versichert. Leistungen erbringen wir dabei für die Unfallfolgen.

Der Reha-Service unterstützt Sie bei vereinbarten Reha-Leistungen (Reha Plus) nach schweren Unfällen über einen Zeitraum von drei Jahren und Ihre Kinder bis zu fünf Jahren.

Unter der Leitung eines Reha-Managers sorgt ein erfahrenes Team aus Ärzten, Psychologen und Berufsberatern für die:

- Gezielte Planung der Rehabilitation
- Optimierung des Heilungsverlaufs
- Organisation des sozialen Umfelds
- Berufliche oder schulische Reintegration

Bei vereinbarten Hilfs- und Pflegeleistungen haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn Sie nach einem Unfall für eine Übergangszeit auf Hilfe bzw. Pflege angewiesen sind. Die gesetzlich vorgesehenen Leistungen greifen nicht immer und sofort. Deshalb unterstützen wir Sie schnell und unbürokratisch mit genau den Hilfs- und Pflegeleistungen, die Sie in dem Moment benötigen. So können Sie sich nach einem Unfall die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bewahren.

Mit Hilfe der vereinbarten Geldleistungen können die finanziellen Auswirkungen von Unfällen aufgefangen werden. Auf die Leistungen der privaten Unfallversicherung werden Zahlungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Haftpflichtentschädigungen nicht angerechnet.

Wozu verpflichten Sie sich?

Beitragszahlung

Um den Versicherungsschutz ununterbrochen aufrechtzuerhalten, sind die Beiträge pünktlich zu zahlen. Sollte Ihnen dies einmal nicht möglich sein, so wenden Sie sich bitte an uns. Wir sagen Ihnen, wie Sie den Vertrag evtl. in veränderter Form fortführen können.

Mitteilung bei Änderung des Gesundheitszustands

Sollte die versicherte Person auf Dauer pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung werden, so müssen Sie uns dies bekannt

geben. Sie ist dann bei Pflegestufe II und III nicht mehr versicherungsfähig und die Versicherung ist zu beenden. Bei anerkannter Pflegestufe I ist die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen und der Unfallpflegerente nicht mehr möglich (siehe im Einzelnen Seite 46).

Was ist im Schadenfall zu beachten?

Ein Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen wird, ist uns **unverzüglich unter Angabe der Versicherungsnummer** anzuzeigen. Eine etwaige Hilfsbedürftigkeit ist geltend zu machen.

Der einfachste Weg geht über das Telefon: Rufen Sie bei uns an.

Telefon-Nr.: +49 231 919-2313.

Dieses Telefon ist 24 Stunden besetzt. Außerhalb unserer Geschäftszeiten steht Ihnen ein Anrufbeantworter zur Verfügung.

Selbstverständlich können Sie uns auch über Telefax erreichen.

Telefax-Nr.: +49 231 919-2522.

Zudem ist unverzüglich nach dem Unfall ein Arzt aufzusuchen und die Behandlung bis zum Abschluss fortzusetzen.

Todesfälle sind uns binnen 48 Stunden anzuzeigen, auch wenn der Unfall selbst bereits gemeldet war.

Wie helfen wir Ihnen bei einem Unfall im Ausland?

Unsere Alarmzentrale ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar.

Telefon-Nr.: +49 221 9822 827

Telefax-Nr.: +49 40 6945 9761 339

Mail: ambulance@malteser.org

Steuertipp

Vorbehaltlich späterer Änderungen gilt: Die Beiträge zur Unfallversicherung gegen Berufsunfälle können als Werbungskosten gem. § 9 Absatz 1 Satz 1 Einkommensteuergesetz (EStG), gegen außerberufliche Unfälle als Sonderausgaben gem. § 10 Absatz 1 Nr. 2 a EStG steuerlich geltend gemacht werden. Bei einer 24-Stunden-Dekung ist der Gesamtbeitrag für beide Risiken entsprechend aufzuteilen – im Zweifel jeweils 50 Prozent des Gesamtbeitrags.

Die Kapitalleistungen aus der Unfallversicherung sind steuerfrei. Die Unfallrente und Unfallpflegerente werden nur mit dem altersabhängigen Ertragsanteil besteuert. Todesfall-Leistungen an Hinterbliebene sind grundsätzlich erbschaftsteuerpflichtig. Für nahe Angehörige sieht das Erbschaftsteuergesetz aber relativ hohe Freibeträge vor.

2 Tarifbestimmungen

Altersgrenzen/Versicherbarkeit

Über den Ablauf des Versicherungsjahres hinaus, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, kann die Versicherung zu den bisherigen Beiträgen nicht fortgeführt werden (Ziffer 3 der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita). Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- und Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (Ziffer 4.1 der AUB 2014 der Continentale). Die Versicherung der Hilfs- und Pflegeleistungen bzw. der Unfallpflegerente ist abweichend von Satz 2 nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert bei anerkannt dauernd Pflegebedürftigen (Ziffer 6 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung bzw. Ziffer 4 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Schwerstpflegebedürftigkeit).

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung vom 26.05.1994

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buchs sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

Pflegebedürftige der **Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)** sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)** sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der **Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)** sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Beitragsberechnung

Der Beitrag ist abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz sowie vom Eintrittsalter (= Gefahrengruppe) der zu versichernden Person. Mit der Vollendung des 80. Lebensjahres erfolgt eine Beitragsanpassung.

Wichtig

Die berufliche Tätigkeit oder Beschäftigung ist für die Beitragsberechnung unerheblich; sie ist aber für den Fortbestand des Vertrags von Bedeutung. Deshalb müssen Sie uns alle späteren Änderungen der beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung unverzüglich anzeigen.

Nicht versicherbar sind Artisten, Dompteure, Tierbändiger und -pfleger (Raubtier), Brückenbauer, Munitions- und Räumtrupps, Sprengmeister, Berufstaucher, Berufssportler, und Vertragsamateure.

3 Bedingungen

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale)

siehe bei UnfallGiro, Seite 12 – 19

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung UnfallGiroVita vereinbart.

1 Leistungserweiterungen

1.1 Versicherungsschutz bei Oberschenkelhalsfraktur
Abweichend von Ziffer 1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

Eine Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen bleibt abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) unberücksichtigt.

1.2 Einschluss von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen
Abweichend von Ziffer 5.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) besteht weitergehender Versicherungsschutz bei allen nicht alkohol-/drogenbedingten Bewusstseinsstörungen, insbesondere auch für Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, die durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall verursacht werden. Mitversichert sind nur die Unfallfolgen; die Gesundheitsschädigung durch den eigentlichen Herzinfarkt oder Schlaganfall ist nicht mitversichert.

2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Abweichend von Ziffer 6.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) gilt:

2.1 Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person (Bundesfreiwilligendienst und militärische Reserveübungen fallen nicht darunter) müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

2.2 Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach unserem Tarif keinen Versicherungsschutz, können wir

den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt,

– wenn wir es nicht innerhalb eines Monats vom Zeitpunkt an ausgeübt haben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder

– wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Unsere Verpflichtung bleibt bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

– die Frist für unsere Kündigung abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder

– wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat.

3 Beitragsanpassung nach Vollendung des 80. Lebensjahres

Abweichend von Ziffer 6.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) gilt:

3.1 Beitragsanpassung ohne Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen und Reha-Leistungen (Reha Plus)

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Beiträgen.

Danach gilt der Tarif für Personen ab dem vollendeten 80. Lebensjahr. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

3.2 Beitragsanpassung bei Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen oder Reha-Leistungen (Reha Plus)

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Beiträgen.

Danach gilt der Tarif für Personen ab dem vollendeten 80. Lebensjahr. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie behalten für die Geldleistungen die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen der Geldleistungen entsprechend um den Anteil, um den sich der Beitrag für die Hilfs- und Pflegeleistungen, Reha-Leistungen (Reha Plus) sowie Geldleistungen erhöht. Vereinbarte Hilfs- und Pflegeleistungen und Reha-Leistungen (Reha Plus) bleiben unverändert.

3.3 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich die Unfallversicherung UnfallGiroVita entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit der Ziffer 3.1 bzw. 3.2 fort.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erbringen wir folgende Leistungen:

1 Art und Voraussetzung der Leistungen

1.1 Wir ersetzen nach einem 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.

1.2 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

1.3 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.

1.4 Bei einem Unfall im Ausland organisieren wir medizinisch notwendige Krankenrücktransporte nach Deutschland mit einem geeigneten Transportmittel. Dies schließt notwendige An- und Abtransporte zum Flughafen und die Anmeldung im Zielkrankenhaus ein.

Ferner ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

1.5 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder organisieren wir die Überführung aus dem Ausland an einen Bestattungsort in Deutschland, inklusive aller notwendigen Dokumente.

1.6 Wir nehmen 24 Stunden, auch außerhalb unserer Geschäftszeiten, Unfallmeldungen entgegen.

Bei einem Unfall im Ausland stehen wir Ihnen 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr telefonisch über unsere Notruf- und Servicezentrale zur Verfügung. In der Zentrale arbeitet ausschließlich medizinisch ausgebildetes Personal.

1.7 Als Voraussetzung für den Kostenersatz gilt, dass ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2 Höhe der Leistungen

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt. Bestehen für die versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3 Ausschluss der Dynamik

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Kurkostenbeihilfe entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat wegen des Unfalls

- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, und
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige Kur durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2 Höhe der Leistung

Die Kurkostenbeihilfe wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt.

Bestehen für die versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann die Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für Umzug oder Wohnungsumbau und der Kosten für Autoumbau in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erbringen wir folgende Leistungen:

- 1 Erstattung der Kosten für Umzug oder Wohnungsumbau**
- 1.1 Art und Höhe der Leistung**

Wir erstatten Ihnen einmalig entweder die Kosten für den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung oder die Kosten eines behindertengerechten Umbaus der eigenen Wohnung bzw. des eigenen Hauses.

Diese Kosten übernehmen wir bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 EUR je Versicherungsfall.
- 1.2 Voraussetzungen für die Leistung**

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

Der Unfall führt nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent.

Die unfallbedingte Notwendigkeit einer behindertengerechten Wohnung wird durch ein ärztliches Attest bescheinigt.

Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

- 2 Erstattung der Kosten für Autoumbau**
- 2.1 Art und Höhe der Leistung**

Wir erstatten Ihnen einmalig die Kosten für den behindertengerechten Umbau eines Autos bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 EUR je Versicherungsfall.
- 2.2 Voraussetzungen für die Leistung**

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

Der Unfall führt nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent.

Die unfallbedingte Notwendigkeit eines behindertengerechten Autos wird durch ein ärztliches Attest bescheinigt.

Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 3 Ausschluss der Dynamik**

Die Versicherungssummen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für psychologische Betreuung in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter psychologischer Betreuung.

- 1 Voraussetzungen für die Leistung**

Die versicherte Person benötigt aufgrund einer selbst erlittenen Unfallverletzung eine psychologische Betreuung, wobei die Notwendigkeit durch ein Attest des Therapeuten bescheinigt wird.

Die psychologische Betreuung wird innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall in Anspruch genommen.

- 2 Art und Höhe der Leistung**

Wir erstatten Ihnen die Kosten für bis zu 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung bis zu einem Betrag von insgesamt 2.000 EUR je Versicherungsfall.
- 3 Ausschluss der Dynamik**

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Sofortleistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

- 1 Voraussetzungen für die Leistung**
- 1.1** Die versicherte Person hat – unabhängig von der Ursache – erstmalig eine Oberschenkelhalsfraktur erlitten.
- 1.2** Sie haben uns die Oberschenkelhalsfraktur durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, nachgewiesen.
- 2 Höhe der Leistung**

Die Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

- 3 Ausschluss der Dynamik**

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 4 Was müssen Sie bei Vollendung des 80. Lebensjahres beachten?**

Die Versicherung einer Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur entfällt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet.

Hierüber werden wir Sie rechtzeitig informieren.

4 Weitere Besondere Bedingungen

(diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha Plus)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erhalten Sie Reha-Leistungen über einen von uns beauftragten Dienstleister entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzung für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

- Schädel-, Hirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung (Contusion) oder Hirnblutung
- Fraktur des Beckens
- Oberarmkopffraktur
- Fraktur mit Beteiligung des Ellenbogens
- Oberschenkelhalsbruch
- Fraktur des Schienbeinkopfs
- CRPS (Sudeck)

oder

1.2 die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, deren Dauer ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindestens 14 Tage beträgt.

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

2 Art, Umfang und Dauer der Leistungen

2.1 Die versicherte Person kann bei Vorliegen der Voraussetzung die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen.

Der von uns ausgewählte Dienstleister wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfehlen und bei Bedarf umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung erarbeiten und kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleiten.

2.2 Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Verletzung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.

Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind.

Wir übernehmen die für die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes anfallenden Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 EUR je Versicherungsfall.

Die Kosten einer notwendigen Heilbehandlung im stationären und ambulanten Bereich übernehmen wir bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 EUR je Versicherungsfall. Besteht unfallbedingt die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln, ersetzen wir die dadurch entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000 EUR je Versicherungsfall. Als Voraussetzung für den Ersatz der Kosten gilt jeweils, dass ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die sonstigen Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen selbst entstehen, werden nicht übernommen.

Die Reha-Leistungen enden spätestens drei Jahre nach dem Unfall der versicherten Person. Bei Personen, die bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, verlängert sich dieser Zeitraum von drei auf fünf Jahre nach dem Unfall.

2.3 Die Reha-Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des

Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder vom eingeschalteten Beratungs- und Reintegrationsdienst vorgeschlagen wurde.

2.4 Mit der Erbringung der Reha-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Vertrag nicht verbunden, da aus medizinischen/sozialen Gründen mit der Einschaltung des Beratungs- und Reintegrationsdienstes nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

3 Was ist nach einem Unfall zu beachten?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2014 der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

Die Reha-Leistungen müssen Sie oder die versicherte Person spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage

- eines objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Berichts

oder

- einer Bescheinigung über die ununterbrochene vollstationäre Heilbehandlung

bei uns geltend machen.

Wird diese Obliegenheit verletzt, gilt Ziffer 8 der AUB 2014 der Continentale entsprechend.

4 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Reha-Leistungen neu festgesetzt werden?

4.1 Den für die Reha-Leistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

4.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

4.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

4.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt eine Anpassung nach Ziffer 4.3 erfolgt und wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

4.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Reha-Leistungen neu festzusetzen,

- wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

- diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

- sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

- ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

- 4.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.
- 4.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Reha-Leistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung

mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Reha-Leistungen in Schriftform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erbringen wir Hilfs- und Pflegeleistungen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

- | | |
|--|---|
| <p>1. Was ist versichert?</p> <p>2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?</p> <p>3. Welche Leistungen sind versichert?</p> <p>4. Dauer der Leistung/Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung</p> <p>5. Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades</p> | <p>6. Welche Personen sind nicht versicherbar?</p> <p>7. Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister</p> <p>8. Was ist nach einem Unfall zu beachten?</p> <p>9. Wann sind die Hilfs- und Pflegeleistungen fällig?</p> <p>10. In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfs- und Pflegeleistungen neu festgesetzt werden?</p> |
|--|---|

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfs- und Pflegeleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister.

1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

- Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale nicht berücksichtigt.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Erstgespräch

Im Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der nach Ziffer 3.2 bis 3.4 zu erbringenden Hilfs- und Pflegeleistungen festgestellt sowie die versicherte Person über die Art und die Durchführung informiert.

3.2 Hilfsleistungen

3.2.1 Hausnotruf

Soweit die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung der versicherten Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger installiert. Außerdem wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Rufzentrale mit Gesprächskontakt gewährleistet.

3.2.2 Menüservice

Über einen Menüservice erfolgt die Versorgung der versicherten Person mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Wir erbringen diese Leistung auch für Personen, die als Ehe-, Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person zusammenleben und bis zum Unfall von dieser versorgt wurden.

3.2.3 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu 2-mal pro Woche durchgeführt.

Zu den Besorgungen und Einkäufen zählen:

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten, Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung) und das Einkufen (einschließlich Beschaffung von Medikamenten),
- die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

3.2.4 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu 2-mal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 50 Kilometer von ihrem Aufenthaltsort.

3.2.5 Reinigung der Wohnung

Der allgemein übliche Lebensbereich (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche) wird einmal wöchentlich gereinigt. Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.2.6 Versorgung der Wäsche

- Einmal wöchentlich wird
- das Waschen, Trocknen,
 - das Bügeln,
 - das Sortieren, Einräumen der Wäsche und
 - die Schuhpflege
- übernommen.

3.2.7 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausentlassung/ambulanter Operation

Unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt/einer ambulanten Operation wird für die Beaufsichtigung der versicherten Person gesorgt, längstens für 48 Stunden.

3.3 Vermittlung von Hilfsleistungen

Zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 und 3.2 aufgeführten Leistungen vermitteln wir auf Ihren Wunsch die folgenden Hilfsleistungen:

3.3.1 Pflegehilfsmittel

Es wird die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln wie z. B. Krankenbett, Rollstuhl oder Gehhilfen übernommen.

3.3.2 Beratung bei Umbau von Wohnung/Kraftfahrzeug

Es wird einmalig eine Beratung bei Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs vermittelt.

Für Ziffer 3.3.1 und 3.3.2 gilt:

Die Kosten für Pflegehilfsmittel bzw. den Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs werden nicht übernommen.

3.3.3 Tierbetreuung

Es wird einmalig eine Betreuung von gewöhnlichen Haustieren (Hunde, Katzen, Vögel etc.) der versicherten Person vermittelt.

- 3.3.4 Gartenpflege und Schneeräumdienst
Wir vermitteln einmalig die Pflege des Gartens sowie das Schneeräumen.
Für Ziffer 3.3.3 und 3.3.4 gilt:
Die Kosten im Rahmen der Tierbetreuung bzw. für Gartenpflege und Schneeräumdienst werden bis zu einem Betrag von insgesamt 250 EUR übernommen.
- 3.3.5 Wohnraumberatung (Sicherheitscheck)
Wir organisieren eine Wohnraumüberprüfung im Hinblick auf barrierefreies Wohnen im Haushalt der versicherten Person und erstellen ein Protokoll mit Anregungen für die Umgestaltung des Wohnraumes (Beseitigung von Stolperfallen, etc.)
- 3.3.6 Nagel-, Fußpflege und Friseur
Wir vermitteln 1-mal im Monat eine mobile Nagel-, Fußpflege und einen mobilen Friseur für die versicherte Person und übernehmen in diesem Rahmen die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 250 EUR.
- 3.3.7 Pflegeplatzgarantie
In Notfällen garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für die versicherte Person in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung, sofern diese nicht suizidgefährdet ist. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung übernehmen wir nicht.
- 3.3.8 Hospizplätze
Der versicherten Person werden Einrichtungen, die Hospizplätze zur Verfügung stellen, benannt.
- 3.4 Pflegeleistungen
- 3.4.1 Grundpflege
Die versicherte Person erhält von uns bis zu 2-mal täglich bis zu 3 Stunden pro Tag eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung und die Hilfe bei der Durchführung von Gymnastikübungen.
- 3.4.2 Pflegeschulung für Angehörige
Erfolgt die Pflege durch einen pflegenden Angehörigen, wird die erforderliche Schulung für die täglichen Pflegetätigkeiten durchgeführt. Es handelt sich bei dieser Leistung um eine einmalige Schulungsmaßnahme.
- 3.4.3 Pflegeberatung
Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Pflegehilfsmitteln. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel selbst werden von uns nicht übernommen.
- 4 Dauer der Leistung/Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung**
- 4.1 Dauer der Leistung
Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von 6 Monaten, vom Unfalltag an gerechnet.
- 4.2 Was passiert nach Anerkennung einer Pflegestufe der gesetzlichen Pflegeversicherung?
Werden ausschließlich Sachleistungen gewählt, erbringen wir ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Umfang von Ziffer 3 und 4.1 Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht.
Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.
- 5 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades**
- 5.1 Voraussetzungen und Umfang der Leistungen
Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Sinne von Ziffer 3 auch für Ehe-, Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) der versicherten Person nach dem von uns festgestellten individuellen Bedarf, soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist.
Hierzu müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:
– Die zu pflegende Person lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
- Für sie wurde eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.
- 5.2 Dauer der Leistungen
- 5.2.1 Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 3 ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 5.1 erfüllt.
- 5.2.2 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Hilfs- und Pflegeleistungen bis zu einem Monat, vom Unfalltag an gerechnet. Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Monats auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 5.2.3 und 5.2.4.
- 5.2.3 Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen 1 Monat nach der Anerkennung. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.
- 5.2.4 Unsere Leistungen enden spätestens 6 Monate nach dem Unfall der versicherten Person.
- 6 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 6.1 Ergänzend zu Ziffer 4 AUB 2014 der Continentale sind für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert Personen, für die eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde (siehe im Einzelnen Seite 41).
- 6.2 Der Versicherungsschutz für die Hilfs- und Pflegeleistungen erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung der Hilfs- und Pflegeleistungen.
- 6.3 Den Beitragsanteil, der für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit für die Hilfs- und Pflegeleistungen entrichtet wurde, zahlen wir zurück.
- 7 Rechtsverhältnis versicherte Person – Dienstleister**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht übernommen.
- 8 Was ist nach einem Unfall zu beachten?**
Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2014 der Continentale gelten folgende Obliegenheiten:
- 8.1 Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.
Dies gilt auch für die Personen, die gemäß Ziffer 5 unsere Leistungen erhalten.
- 8.2 Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer dauernden Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.
- 8.3 Die Anerkennung einer Pflegestufe, der Bezug/die Änderung von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie die Änderung von Geld- in Sachleistungen und umgekehrt sind uns unverzüglich anzuzeigen.
Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziffer 8 der AUB 2014 der Continentale entsprechend.
- 9 Wann sind die Hilfs- und Pflegeleistungen fällig?**
Haben Sie uns schlüssig
– den Unfallhergang, die Unfallfolgen und
– die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall
dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen nach Ziffer 3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Hilfs- und Pflegeleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht werden.
Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden

die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.

10 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfs- und Pflegeleistungen neu festgesetzt werden?

10.1 Den für die Hilfs- und Pflegeleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

10.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

10.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

10.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt eine Anpassung nach Ziffer 10.3 erfolgt und wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

10.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Hilfs- und Pflegeleistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten

und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

10.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

10.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Hilfs- und Pflegeleistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Hilfs- und Pflegeleistungen in Schriftform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

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

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente.

3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfallrente zahlen wir

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem – wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bei einem Invaliditätsgrad ab 51 Prozent bis zu 350 Prozent der Versicherungssumme bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) ermittelt.

Ziffer 2.1 der AUB 2014 der Continentale wird wie folgt ergänzt:

1. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

2. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 6 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
51	53	70	110	89	251
52	56	71	113	90	260
53	59	72	116	91	269
54	62	73	119	92	278
55	65	74	122	93	287
56	68	75	125	94	296
57	71	76	134	95	305
58	74	77	143	96	314
59	77	78	152	97	323
60	80	79	161	98	332
61	83	80	170	99	341
62	86	81	179	100	350
63	89	82	188		
64	92	83	197		
65	95	84	206		
66	98	85	215		
67	101	86	224		
68	104	87	233		
69	107	88	242		

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 25 Prozent

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) gilt als Voraussetzung für die Invaliditätsleistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit um mindestens 25 Prozent beeinträchtigt.

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 30 Prozent

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) gilt als Voraussetzung für die Invaliditätsleistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit um mindestens 30 Prozent beeinträchtigt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Schwerstpflegebedürftigkeit (Unfallpflegerente Plus)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) zahlen wir eine Unfallpflegerente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.1 Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 der AUB 2014 der Continentale gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 der AUB 2014 der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Stirbt die versicherte Person, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

- 1.2 Die versicherte Person ist als dauernd schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III) im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung eingestuft.

Die dauernde Schwerstpflegebedürftigkeit ist unfall- oder krankheitsbedingt

– innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall eingetreten und

– innerhalb von vierundzwanzig Monaten nach dem Unfall durch einen Leistungsbescheid der Pflegeversicherung schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

- 2 Höhe der Leistung**
Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallpflegerente.
- 3 Beginn und Dauer der Leistung**
Die Unfallpflegerente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, ab dem nach dem Leistungsbescheid der Pflegeversicherung die dauernde Schwerstpflegebedürftigkeit besteht,
 - monatlich im Voraus.
- Die Unfallpflegerente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2014 der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist,
 - die versicherte Person stirbt oder
 - die dauernde Schwerstpflegebedürftigkeit durch Bescheid der Pflegeversicherung aberkannt wird. Dies müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 4.1 Ergänzend zu Ziffer 4 AUB 2014 der Continentale sind für die Versicherung der Unfallpflegerente nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert Personen, für die eine dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde (siehe im Einzelnen Seite 41).
- 4.2 Der Versicherungsschutz für die Unfallpflegerente erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist.
Für diese endet gleichzeitig die Versicherung der Unfallpflegerente.
- 4.3 Den Beitragsanteil, der für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit für die Unfallpflegerente entrichtet wurde, zahlen wir zurück.
- 5 Wann ist die Unfallpflegerente fällig?**
- 5.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen teilweise ergänzend zu Ziffer 9.1 AUB 2014 der Continentale mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist,
 - Leistungsbescheid über die dauernde Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) der Pflegeversicherung.
- 5.2 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Bezug der Unfallpflegerente sind wir teilweise ergänzend zu Ziffer 9.5 AUB 2014 der Continentale berechtigt, Lebensbescheinigungen sowie Nachweise über den Fortbestand der dauernden Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) anzufordern. Werden die Unterlagen nicht unverzüglich übersandt, ruht die jeweilige Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 6 Einmalzahlung bei Schwerpflegebedürftigkeit der versicherten Person**
Wir zahlen eine Kapitalleistung, deren Höhe das 12fache der vereinbarten Unfallpflegerente beträgt, entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.
- 6.1 Die Voraussetzungen für eine Unfallpflegerente sind nach Ziffer 1.1 gegeben.
- 6.2 Die versicherte Person ist als dauernd schwerpflegebedürftig (Pflegestufe II) im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung eingestuft.
Die dauernde Schwerpflegebedürftigkeit ist unfall- oder krankheitsbedingt
- innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von vierundzwanzig Monaten nach dem Unfall durch einen Leistungsbescheid der Pflegeversicherung schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.
- 6.3 Kein Anspruch auf Kapitalleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 6.4 Die Fälligkeit der Kapitalleistung bestimmt sich nach Ziffer 5. Abweichend beginnen die Fristen mit dem Eingang des Leistungsbescheids über die dauernde Schwerpflegebedürftigkeit (Pflegestufe II) der Pflegeversicherung.
- 7 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Unfallpflegerente neu festgesetzt werden?**
Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Unfallpflegerente neu festzusetzen,
- wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistung ergibt und
 - diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.
- Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn
- sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistung zu gewährleisten und
 - ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.
- Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.
Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt. Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.
Bei Erhöhung des Beitrags für die Unfallpflegerente können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Unfallpflegerente kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1 Voraussetzungen für die Leistungen

- 1.1 Die versicherte Person hat sich wegen des Unfalls 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.
- 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2 Art und Höhe der Leistungen

- Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene
- Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung bei einer stationären Behandlung, bei der die ärztliche Heilbehandlung der Unfallfolgen nicht im Vordergrund steht,
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.
- Bestehen für die versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können die Kosten für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer zusätzlichen Todesfall-Leistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) erhöht sich eine vereinbarte Todesfall-Leistung um 25 %, sofern die versicherte Person den Unfall als Fahrgast bei dem Betrieb eines öffentlichen Verkehrsmittels erleidet. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind dabei mitversichert.

Als öffentliche Verkehrsmittel gelten im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßenbah-

nen, Eisenbahnen, Schiffe und Fähren, Taxen und lizenzierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur und Flugzeuge im Linienverkehr (kein privater Charterverkehr).

Die Erhöhung um 25 % gilt auch für die im Rahmen einer Unfallrente vereinbarte Todesfall-Leistung.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent

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

1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 Prozent. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder mit ihm übereinstimmt.

2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf den nächsten durch volle Tausend EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
- für die Kosten für kosmetische Operationen (Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung) auf den nächsten durch volle Hundert EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
- für die Unfallrente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent) und die Unfallpflegerente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Schwerstpflegebedürftigkeit) auf den nächsten durch volle Fünf EUR ohne Rest teilbaren Betrag

und

– für Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf den nächsten durch volle EUR ohne Rest teilbaren Betrag.

3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

4 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Erreicht die Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung (Leistung bei Vollinvalidität) mehr als 600.000 EUR, gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für höhere Versicherungssummen.

5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie 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 die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Die Vereinbarung über den Zuwachs von Leistung und Beitrag beenden wir, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag um 5 Prozent

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

1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5 Prozent zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf den nächsten durch volle Tausend EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
- für die Kosten für kosmetische Operationen (Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung) auf den nächsten durch volle Hundert EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
- für die Unfallrente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent) und die Unfallpflegerente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Schwerstpflegebedürftigkeit) auf den nächsten durch volle Fünf EUR ohne Rest teilbaren Betrag

und

- für Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf den nächsten durch volle EUR ohne Rest teilbaren Betrag.

3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

4 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Erreicht die Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung (Leistung bei Vollinvalidität) mehr als 600.000 EUR, gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für höhere Versicherungssummen.

5 Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie 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 die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

Die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag beenden wir, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

5 Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Informationen zum Versicherer (Nr. 1-5)

1. **Identität des Versicherers**
Continentale Sachversicherung AG
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783
2. **Identität eines Vertreters in dem Mitgliedstaat der EU**
Die Continentale Sachversicherung AG hat in keinem weiteren Mitgliedsstaat der Europäischen Union eine Niederlassung.
3. **Ladungsfähige Anschrift**
Continentale Sachversicherung AG
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Helmut Posch (Vorsitzender),
Stefan Andersch, Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
4. **Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde**
 - Die Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben des Erstversicherungsgeschäfts in allen Sparten der Privatversicherung mit Ausnahme der Lebens-, Kranken- und Kreditversicherung.
 - Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
5. **Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen**
entfällt

Informationen zur angebotenen Leistung (Nr. 6-11)

6. **Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung**
 - a) Versicherungsbedingungen sowie anwendbares Recht
Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale), die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten in der Unfallversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung der Kosten für Umzug oder Wohnungsumbau und der Kosten für Autoumbau in der Unfallversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung der Kosten für psychologische Betreuung in der Unfallversicherung, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer zusätzlichen Todesfall-Leistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, die Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur in der Unfallversicherung und – soweit ausdrücklich vereinbart – die weiteren Besonderen (bzw. Zusatz-) Bedingungen.
Auf die vorvertragliche Beziehung und den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.
 - b) Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers
Wir leisten im Versicherungsfall eine Geldleistung. Vereinbarte Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir über eine von uns beauftragte qualifizierte Hilfsdienstorganisation in ganz Deutschland (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung).
Bei vereinbarten Reha-Leistungen (Reha Plus) kann die versicherte Person bei Vorliegen der Voraussetzungen die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung).

Der Umfang der Leistung ergibt sich aus den mit uns vereinbarten und in dem Versicherungsschein dokumentierten Leistungsarten bzw. Versicherungssummen. In dem Versicherungsschein sind die für die jeweilige Leistungsart geltenden Versicherungsbedingungen genannt.

Liegen uns die Unterlagen zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen vor, sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob wir einen Anspruch anerkennen. Erkennen wir den Anspruch an oder wird eine Einigung über Grund und Höhe der Leistung getroffen, müssen wir innerhalb von zwei Wochen leisten. Die Einzelheiten zur Fälligkeit der Leistungen sind in Ziffer 9 der AUB 2014 der Continentale geregelt.

Zur Fälligkeit einer vereinbarten Unfallpflegerente ist Ziffer 5 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Schwerstpflegebedürftigkeit zu beachten.

Bei vereinbarten Hilfs- und Pflegeleistungen haben Sie uns schlüssig den Unfallhergang, die Unfallfolgen und die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall darzulegen. Wir stellen dann unverzüglich den individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen im Sinne der Bedingungen fest und erklären, ob und welche Hilfs- und Pflegeleistungen erbracht werden (siehe im Einzelnen Ziffer 9 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung).

7. **Gesamtpreis der Versicherung**
Der Gesamtbeitrag in Euro gemäß Zahlungsperiode inkl. Nachlässe und Versicherungssteuer ist dem Antrag zu entnehmen.
8. **Zusätzlich anfallende Kosten**
Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben bzw. in Rechnung gestellt – außer Mahngebühren sowie den Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines Lastschriftverfahrens.
9. **Einzelheiten der Zahlung**
Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.
Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.
Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
Die Beiträge sind monatlich zu zahlen. Bei anderen Zahlungsperioden wird ein Nachlass gewährt. Dieser beträgt bei vierteljährlicher Zahlungsperiode 3 Prozent, bei halbjährlicher Zahlungsperiode 5 Prozent und bei jährlicher Zahlungsperiode 10 Prozent.
Eine monatliche Zahlungsperiode ist nur im Rahmen eines Lastschriftverfahrens möglich.
10. **Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen**
Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes- oder Tarifänderungen, nicht befristet.
11. **Finanzinstrumente mit speziellen Risiken**
entfällt

Informationen zum Vertrag (Nr. 12-18)

12. **Zustandekommen des Vertrags/Beginn des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder wir schriftlich die Annahme des Antrags erklären.

Zahlen Sie den ersten Beitrag 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.

13. Widerrufsrecht

Die Regelungen zum Widerrufsrecht sind dem Antrag zu entnehmen.

14. Laufzeit des Vertrags

Die Laufzeit des Vertrags (Versicherungsbeginn und -ablauf) ergibt sich aus dem Antrag.

Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.

Der Vertrag kann bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten von Ihnen gekündigt werden.

Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Schriftform zugehen.

15. Beendigung des Vertrags

Unter den nachfolgend genannten Ziffern der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014 der Continentale) finden Sie die wesentlichen Regelungen zur Beendigung/zur Kündigungsmöglichkeiten des Vertrags:

Ziffer 4.1/4.2 – Nichtversicherbarkeit/Ende der Versicherung bei dauernder Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit

Bei vereinbarten Hilfs- und Pflegeleistungen und/oder vereinbarter Unfallpflegerente endet die Versicherung bereits bei dauernder Pflegebedürftigkeit (Ziffer 6.2 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung bzw. Ziffer 4.2 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und Schwerstpflegebedürftigkeit).

Ziffer 10.2 – Dauer und Ende des Vertrags (Beendigung ohne Kündigung bei Vertragsdauer von weniger als einem Jahr/stillschweigende Verlängerung bzw. Kündigung bei längerer Vertragsdauer)

Ziffer 10.3 – Kündigung nach Versicherungsfall

Ziffer 11.2.3 – Rücktritt des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags

Ziffer 11.3.4 – Kündigung des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Folgebeitrags

Ziffer 13.2/13.3 – Rücktritt/Kündigung des Versicherers bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

16. Anwendbares ausländisches Recht (EU-Mitgliedsstaaten) für vorvertragliche Beziehungen

entfällt

17. Besondere Vereinbarung zum anwendbaren Recht bzw. zum zuständigen Gericht

Es bleibt bei der Regelung nach Ziffer 18 der AUB 2014 der Continentale, wonach für den Vertrag deutsches Recht gilt.

Die Vereinbarungen zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 16 der AUB 2014 der Continentale.

18. Sprache

Für den Vertrag einschließlich Vertragsinformation und für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zum Rechtsweg (Nr. 19-20)

19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Wir sind Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können deshalb das kostenlose, außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, sofern Sie einmal mit uns nicht zufrieden sein sollten.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Tel.: 0800 3696000

Fax: 0800 3699000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Versicherungsombudsmann ist für folgende Beschwerden u. a. nicht zuständig:

- Der Beschwerdewert übersteigt 100.000 EUR.
- Es sind bereits Verfahren/Beschwerden vor einem Gericht, Schiedsgericht, dem Versicherungsombudsmann selbst oder anderen Streitschlichtungseinrichtungen oder der Versicherungsaufsichtsbehörde anhängig.

Bei einem Beschwerdewert bis zu 10.000 EUR ist eine Entscheidung des Ombudsmanns für uns als Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. bindend. Für den Beschwerdeführer ist die Entscheidung nicht bindend.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de.

20. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sofern Sie Anlass zu einer Beschwerde haben, können Sie diese auch an die unter Nr. 4 genannte Aufsichtsbehörde richten.

Vertragsinformation – Rahmenbedingungen und Tarif mit Tarifbedingungen für Zusatzversicherte nach dem Tarif StartS

	Seite
1. Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag	58
2. Tarif mit Tarifbedingungen	60
Tarif StartS Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	
3. Musterbedingungen/Rahmenbedingungen	62
3.1 RB/EF 2011	
Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011)	
3.2 Anhang zu den RB/EF 2011 und zum Tarif StartS	
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und dem Sozialgesetzbuch (SGB V)	
4. Satzung Continentale Krankenversicherung a. G.	71

1. Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag

1. Identität und Anschrift des Versicherers

Die Versicherung wird bei der Continentale Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Dortmund abgeschlossen. Es handelt sich um einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der unter der Nummer B 2271 beim Handelsregister des Amtsgerichts Dortmund eingetragen ist.

Die Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift lautet:
Continentale Krankenversicherung a.G., Ruhrallee 92,
44139 Dortmund

Vorstand: Helmut Posch (Vorsitzender),
Dr. Christoph Helmich, Alf N. Schlegel,
Dr. Gerhard Schmitz, Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

2. Hauptgeschäftstätigkeit und Garantiefonds

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Continentale Krankenversicherung a.G. ist der Betrieb einer Krankenversicherung.

Die Continentale Krankenversicherung a.G. gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln an.

3. Versicherungsbedingungen, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gelten die Versicherungsbedingungen (RB/EF 2011 und die Tarife mit Tarifbedingungen – siehe auch Produktinformationsblatt – sowie ggf. Besondere Bedingungen).

Art und Umfang der Versicherungsleistung sind in den Tarifen mit Tarifbedingungen geregelt. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht. Welches Gericht ggf. zuständig ist, wird in § 17 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011) geregelt.

4. Beitragshöhe und zusätzliche Kosten

Der monatliche Gesamtbeitrag ist dem Antrag zu entnehmen. Zusätzlich können weitere Kosten und Gebühren bei Rückkläufem im Lastschriftverfahren in der Regel zwischen 10 und 20 Euro – anhängig vom Kreditinstitut – sowie Mahngebühren in Höhe von 5,00 Euro je rückständigem Monatsbeitrag erhoben werden; bei Zusatzversicherungen einmalig 0,50 Euro.

5. Beitragszahlung

Für die Beitragszahlung stehen verschiedene Zahlungswege (z. B. Beitragseinzug) und unterschiedliche Zahlungsweisen (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) zur Wahl. Wie Sie sich entschieden haben, ist im Antrag vermerkt.

6. Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn Sie den Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung erhalten haben, frühestens zu dem im Versicherungsschein auf der ersten Seite unter „Vertragsstand ab“ ausgewiesenen Datum. Gegebenenfalls sind Wartezeiten einzuhalten.

Die Einzelheiten sind in § 2 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011) aufgeführt.

7. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an den Versicherer (Anschrift siehe Ziffer 1) zu richten.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet werden kann: (Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/30 der monatlichen Beitragsrate.) Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

- 8. Vertragslaufzeit**
Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht von Ihnen mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Versicherungsjahresende gekündigt wird.
- 9. Vertragsbeendigung**
Ihre Möglichkeiten der Vertragsbeendigung sind unter Ziffer 9 des Produktinformationsblattes beschrieben.
- 10. Vertragssprache**
Die Versicherungsbedingungen sind in deutscher Sprache abgefasst. Die Kommunikation mit Ihnen erfolgt ebenfalls in deutscher Sprache.
- 11. Außergerichtliche Beschwerdemöglichkeiten**
Wenn Sie einmal einen Grund zur Beschwerde haben sollten, können Sie sich jederzeit an einen Ihrer Ansprechpartner wen-

den. Mit dem Versicherungsschein erhalten Sie ein gesondertes Blatt, auf dem alle Ansprechpartner aufgeführt sind.

Selbstverständlich können Sie auch den Vorstand direkt ansprechen (Name und Anschriften siehe oben Ziffer 1).

Für außergerichtliche Beschwerdeverfahren ist der „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“, Postfach 060222, 10052 Berlin zuständig.

Für Beschwerden über den Versicherer steht Ihnen auch als zuständige Aufsichtsbehörde die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de zur Verfügung.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch die Nutzung einer oder mehrerer der dargestellten Beschwerdemöglichkeiten nicht berührt.

2. Tarif mit Tarifbedingungen

Tarif Start Stationär (StartS)

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs StartS für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 7 RB/EF 2011 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

2. Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

3. Personenkreis

Abweichend von § 1 Abs. 4 RB/EF 2011 sind Mitglieder in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und deren nach § 10 SGB V (siehe Anhang) familienversicherte Angehörige nicht aufnahmefähig, wenn für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Buchstabe a und b) zurückzuführenden Kosten für stationäre Heilbehandlung.

a) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe gelten als Unfall, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrichtbar den Einwirkungen bis zu mehreren Stunden lang ausgesetzt war.

b) Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Die sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund anerkannten Sportarten gilt auch als erhöhte Kraftanstrengung. Dies gilt jedoch nicht für Boxen und andere Kampfsportarten (vgl. Abs. IV Nr. 7).

Wenn für die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Anspruch auf Leistungen von der SPV bzw. der PPV besteht, hat diese nur einen Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes sowie auf Leistungen nach Abs. I Nr. 5 und Abs. II. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

Aufwendungen für stationäre psychotherapeutische und stationäre psychiatrische Leistungen sowie Anschlussrehabilitationen/Anschlussheilbehandlungen sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Erstattung der Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach Abs. II auch dann, wenn kein Unfall eingetreten ist.

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 4 RB/EF 2011 entfällt.

I. Kosten stationärer Heilbehandlung in Deutschland infolge eines Unfalls

1. Gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer

Erstattet werden die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer. Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

2. Privatärztliche Behandlung

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbearbeitung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbearbeitung im Sinne des § 115 a SGB V.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Gezahlt wird ein Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes, wenn für die versicherte Person Anspruch auf Versicherungsschutz für die gesondert berechnete Unterkunft (Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer) nach Nr. 1 und privatärztliche Behandlung nach Nr. 2 besteht und sie auf diese Ansprüche verzichtet. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

4. Ambulante Operationen

Erstattet werden die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus. Die Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen werden erstattet, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen.

Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115 b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

5. Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden

a) die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes und

b) die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.

6. Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationären Aufenthalt

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,- Euro je Versicherungsfall bei einem stationären Aufenthalt. Der stationäre Aufenthalt muss mindestens fünf aufeinanderfolgende vollstationäre Tage umfassen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

Für die Leistungspauschale entfällt die Einschränkung der Leistungspflicht nach Abschnitt IV.

II. Mehrkosten für Krankenhausleistungen in Deutschland

Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif. Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 RB/EF 2011 ist nicht erforderlich.

III. Kosten stationärer Heilbehandlung im Ausland infolge eines Unfalls

Gezahlt wird ein Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes im Ausland. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

IV. Einschränkung der Leistungspflicht

In Erweiterung von § 5 RB/EF 2011 besteht kein Versicherungsschutz für folgende Unfälle:

1. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Rauschmittelkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden. In den Versicherungsschutz sind Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen eingeschlossen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt
 - beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahruntüchtigkeit) liegt. Der Versicherer hat das Recht, den Promillewert anzupassen, wenn durch ein höchstrichterliches Urteil eine Neufestlegung erfolgt,
 - bei allen sonstigen Fällen unter 1,5 Promille liegt.
2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.
3. Unfälle der versicherten Person
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
4. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
5. Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
6. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von Sportarten, die
 - als Berufs-, Vertrags-, Lizenz- oder sonstiger profiähnlicher Sportler oder
 - im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit, mit der überwiegend (mindestens zu 50 %) das Einkommen erzielt wird, betrieben werden.

7. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von risikoreichen Sportarten (z.B. Bungee-Jumping, Skysurfing, Paragliding, Drachenfliegen, Canyoning, Freeclimbing, Boxen und andere Kampfsportarten).

8. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von folgenden beruflichen Tätigkeiten: Artisten, Dompteure, Tierbändiger und -pfleger, Brückenbauer, Munitions- und Räumtruppen, Sprengmeister, Berufstaucher, Rennreiter, Untertage Tätige, Fallschirmsportlehrer sowie Stuntmen.

In Erweiterung von § 5 RB/EF 2011 sind folgende Beeinträchtigungen ausgeschlossen:

1. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirmlutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Abschnitt B Buchstabe a Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
2. Bauch- und Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
3. Gesundheitsschäden durch Strahlen.
4. Gesundheitsschäden durch
 - medizinische oder sonstige Eingriffe am Körper der versicherten Person;
 - Heilmaßnahmen.Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die medizinischen Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden.
5. Infektionen. Infektionen, die während der unfallbedingten Krankenhausbehandlung entstehen und diesen Krankenhausaufenthalt verlängern, sind jedoch versichert. Ein erneuter Krankenhausaufenthalt zur Behandlung dieser Infektion ist nicht versichert.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Beitrag

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV 51, 66 und 76 Jahre alt wird, ist der Beitrag der jeweils folgenden Altersgruppe zu zahlen.

2. Leistungsunterlagen

Sofern die GKV im Rahmen der Leistungen nach Abschnitt B I 1 und 2 keine Vorleistung erbringt, sind abweichend von § 6 Abs. 1 RB/EF 2011 die Original-Rechnungen einzureichen. Ein Vorleistungsvermerk der GKV ist insoweit nicht erforderlich.

Bei Meldung des Unfalls übersendet der Versicherer einen Unfallbericht. Für die unverzügliche Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers ist die Rücksendung des vollständig ausgefüllten Unfallberichtes sowie eventuell weiterer vom Versicherer benannter Unterlagen erforderlich.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.

3. Musterbedingungen/Rahmenbedingungen

3.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I: Rahmenbedingungen mit Anhang, Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Mitglieder in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Darüber hinaus können Personen mitversichert werden, die nach § 10 SGB V (siehe Anhang) über das Mitglied familienversichert sind.
- (5) Die Versicherung nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann nach den Tarifstufen S, SK, P und PK vereinbart werden.

Tarifstufen	Versicherungsfähige Personen nach Abs. 4 Satz 2 und 3
S	– Mitglied in der GKV
SK	– Mitglied in der GKV und – dessen familienversicherte Kinder
P	– Mitglied in der GKV und – dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
PK	– Mitglied in der GKV, – dessen familienversicherte Kinder sowie – der familienversicherte Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner nach dem LPartG

- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische

Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

- (7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis in der Weise fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Beginn der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung nach § 10 SGB V (siehe Anhang) in der GKV und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an.

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu bzw. anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

- (3) Für Personen, die einen Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V (siehe Anhang) erlangen, beginnt der Versicherungsschutz nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Anspruch auf Familienversicherung entsteht.

Die Wartezeiten entfallen, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens sechs Monate nach dem Tag des Beginns des Anspruchs auf Familienversicherung erfolgt und das Mitglied zum Zeitpunkt des Beginns des Anspruchs auf Familienversicherung mindestens acht Monate nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen versichert ist.

In den Tarifstufen SK und PK verlängert sich diese Frist für familienversicherte Kinder nach § 10 SGB V (siehe Anhang) von sechs Monaten auf zwei Jahre.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Die Wartezeiten entfallen bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.
- (5) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (6) Bei Wechsel in eine andere Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) beginnen für bereits versicherte Personen keine erneuten Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern, auf die das Krankenhausentgeltrecht (Bundespfllegesatzverordnung, Krankenhausentgeltgesetz und Krankenhausfinanzierungsgesetz) Anwendung findet. In Erweiterung des Satzes 1 hat die versicherte Person bei Leistungen während Auslandsaufenthalten freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Die Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.
- (8) Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der GKV, anderen Erstattungsverpflichteten sowie weiteren Krankheitskostenversicherungen bei dem Versicherer, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.
- (9) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
- (1) Keine Leistungspflicht besteht für
- a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Dies gilt auch für Behandlungen in einem MVZ;
 - d) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) Behandlungen durch Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner nach dem LPartG, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unabhängig von Ansprüchen des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Sofern der Anspruch auf Leistungen der GKV nach § 16 Abs. 3 a SGB V (siehe Anhang) ruht, besteht keine Leistungspflicht.
- (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Ansprüche gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**
- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen mit einem Original-Vorleistungsvermerk der GKV bzw. anderer gegebenenfalls vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter nachzuweisen. Aus dem Original-Vorleistungsvermerk muss die Höhe dieser Leistung hervorgehen.
- Sofern die GKV keine Leistung erbringt, muss dies auf den Original-Rechnungsbelegen durch die GKV bestätigt sein.
- (2) Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare der einzelnen Behandlungen sowie bei Zahnersatz den zahnprothetischen Befund enthalten.

Bei Aufwendungen, die während eines Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der an diesen Zähnen vorgenommenen Behandlungen enthalten.

- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (6) Die Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt sowie die Kosten für notwendige Übersetzungen, können von den Versicherungsleistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (8) Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen erbracht bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. vom Versicherer zurückzuzahlen.
- (2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbegins.
- (3) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind. Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.
- (4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus Abs. 3 ergibt.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Bei-

trag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

- (6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet und sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.
- (2) Der Beitrag richtet sich nach der vereinbarten Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) und der Altersgruppe des Lebensalters des Mitglieds der GKV. Die Altersgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Das Lebensalter des Mitglieds der GKV errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem aktuellen Kalenderjahr. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV das erste Alter der jeweils folgenden Altersgruppe erreicht, ist der für diese Altersgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erhöhen. Um eine dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge zu gewährleisten, vergleicht der Versicherer dementsprechend zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge des Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankentagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer – soweit erforderlich – mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Ein Mitglied eines Versicherungsvereins kann gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht nicht aufrechnen. Gegen Forderungen des Versicherers kann der Versicherungsnehmer nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. In diesem Fall werden die verbliebenen versicherten Personen in die dann zutreffende Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) eingestuft, sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen.
- (3) Wenn sich der Beitrag bei Erreichen einer bestimmten Altersgruppe (vgl. § 8a Abs. 2) erhöht, kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach der Änderung des Beitrages zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (vgl. § 8b Abs. 1) oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis, ist die Kündigung nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die versicherten Personen haben das Recht – sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen – das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers in der dann zutreffenden Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zugegangen sein.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 206 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

- (2) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet
 - für Mitglieder der GKV zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft bei der GKV endet. Soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiter gegeben sind, kann das Versicherungsverhältnis im unmittelbaren Anschluss in der dann zutreffenden Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) fortgesetzt werden. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft bei der GKV zugegangen sein;
 - für familienversicherte Personen zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V (siehe Anhang) endet. Soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiter gegeben sind, kann das Versicherungsverhältnis im unmittelbaren Anschluss in der dann zutreffenden Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) fortgesetzt werden. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Familienversicherung nach § 10 SGB V (siehe Anhang) bei der GKV zugegangen sein;
 - mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht – sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen – das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers in der dann zutreffenden Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zugegangen sein.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch

einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

3.2 Anhang zu den RB/EF 2011 sowie zum Tarife StartS

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 206 Kündigung des Versicherers

- (1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung

§ 10 Familienversicherung

- (1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen
1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
 2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
 3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
 4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.
- Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2013 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.
- (2) Kinder sind versichert
1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
 2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
 4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.
- (3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.
- (4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.
- (5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.
- (6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband

Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 16 Ruhen des Anspruchs

- (3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt entsprechend für Mitgliedschaft nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

§ 39 Krankenhausbehandlung

- (2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.
- (4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zuzahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

§ 60 Fahrkosten

- (2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages
1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforder-

lich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,

2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarzt-sitz).

- (2) Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,
2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind; Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen

- medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.
- (2a) Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt ist ferner, dass der Antragsteller auf Grund des bis zum 18. Juni 1993 geltenden Rechts darauf vertrauen konnte, zukünftig eine Zulassung zu erhalten. Dies gilt nicht für einen Antrag auf Zulassung in einem Gebiet, für das der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 Unterverordnung festgestellt hat.
- (3) Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich.
- (4) Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.
- (5) Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das hälftige Ruhen der Zulassung beschlossen werden.
- (6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt.
- (7) Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes. Für Vertragsärzte, die im Jahr 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben, findet § 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 in der bis zum 30. September 2008 geltenden Fassung keine Anwendung, es sei denn, der Vertragsarztsitz wird nach § 103 Abs. 4 fortgeführt. Die Zulassung endet in diesen Fällen zum 31. März 2009, es sei denn, der Vertragsarzt erklärt gegenüber dem Zulassungsausschuss die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die Zulassung als ruhend. In den Fällen der Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.
- (8) (weggefallen)
- (9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.
- (9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.
- (10) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie
1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzung der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes und des Fachkundenachweises nach § 95c Satz 2 Nr. 3 erfüllt und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben,
 2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
 3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.
- Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden.
- (11) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, wenn sie
1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzungen der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes erfüllt und 500 dokumentierte Behandlungsstunden oder 250 dokumentierte Behandlungsstunden unter qualifizierter Supervision in Behandlungsverfahren erbracht haben, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt hat (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 – BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a –, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 – BAnz. Nr. 49 S. 2946), und den Antrag auf Nachqualifikation gestellt haben,
 2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
 3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.
- Der Zulassungsausschuss hat über die Anträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden. Die erfolgreiche Nachqualifikation setzt voraus, dass die für die Approbation gemäß § 12 Abs. 1 und § 12 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes geforderte Qualifikation, die geforderten Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Behandlungsverfahren erbracht wurden. Bei Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der Nachqualifikation hat der Zulassungsausschuss auf Antrag die Ermächtigung in eine Zulassung umzuwandeln. Die Ermächtigung des Psychotherapeuten erlischt bei Beendigung der Nachqualifikation, spätestens fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung; sie bleibt jedoch bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses erhalten, wenn der Antrag auf Umwandlung bis fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung gestellt wurde.
- (11a) Für einen Psychotherapeuten, der bis zum 31. Dezember 1998 wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird die in Absatz 11 Satz 1 Nr. 1 genannte Frist zur Antragstellung für eine Ermächtigung und zur Erfüllung der Behandlungsstunden um den Zeitraum hinausgeschoben, der der Kindererziehungszeit entspricht, höchstens jedoch um drei Jahre. Die Ermächtigung eines Psychotherapeuten ruht in der Zeit, in der er wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zusteht und das mit ihm in einem Haushalt lebt, keine Erwerbstätigkeit ausübt. Sie verlängert sich längstens um den Zeitraum der Kindererziehung.
- (11b) Für einen Psychotherapeuten, der in dem in Absatz 10 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 genannten Zeitraum wegen

der Betreuung und Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird der Beginn der Frist um die Zeit vorverlegt, die der Zeit der Kindererziehung in dem Dreijahreszeitraum entspricht. Begann die Kindererziehungszeit vor dem 25. Juni 1994, berechnet sich die Frist vom Zeitpunkt des Beginns der Kindererziehungszeit an.

- (12) Der Zulassungsausschuss kann über Zulassungsanträge von Psychotherapeuten und überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nach dem 31. Dezember 1998 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat. Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.
- (13) In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 3 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein. Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Landesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren
1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe,
 2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.
- In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und § 137 zu berücksichtigen.
- (2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.
- (3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.
- (4) Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Kran-

kenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

- (5) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

4. Satzung

Continentale Krankenversicherung a. G. · Ruhrallee 92 · 44139 Dortmund

§ 1 Name, Sitz, Geschäftsgebiet

1. Das Unternehmen führt den Namen Continentale Krankenversicherung a.G.
2. Das Unternehmen hat seinen Sitz in Dortmund.
3. Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 2 Gegenstand des Unternehmens

1. Das Unternehmen ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der mittelbar und unmittelbar die Krankenversicherung in allen ihren Arten betreibt. Das Unternehmen übernimmt auch die Versicherung für Nichtmitglieder gegen feste Entgelte bis zu einem Zehntel seiner Beitragseinnahmen.
2. Das Unternehmen ist berechtigt, alle Geschäfte durchzuführen, die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zulässig sind. Es ist insoweit berechtigt, sich an anderen Unternehmen im In- und Ausland zu beteiligen.

§ 3 Mitgliedschaft

1. Mitglieder des Vereins werden
 - a) alle Personen, die einen Versicherungsvertrag mit dem Verein abschließen, sofern sie nicht schon Mitglied sind; die Mitgliedschaft beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrages;und
 - b) alle Personen, sofern sie nicht schon aufgrund lit. a) Mitglied sind, die im Falle der Verschmelzung eines anderen Versicherungsvereins auf den Verein im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins sind.
2. Die Mitgliedschaft erlischt – je nachdem, was als Letztes eintritt –, entweder
 - a) mit der Beendigung des letzten Versicherungsvertrages des Mitglieds mit dem Vereinoder
 - b) mit der Beendigung des letzten Versicherungsvertrages des Mitglieds, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins beim übertragenden Versicherungsverein bereits bestanden hat,oder
 - c) wenn für das Mitglied bei keinem Versicherungsunternehmen, das mit dem Verein gem. §§ 15 ff. AktG verbunden ist, ein Versicherungsvertrag mehr besteht, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins beim übertragenden Versicherungsverein bereits bestanden hat.
3. Die Mitglieder haben wiederkehrende Beiträge nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entrichten. Zu Nachschüssen sind sie nicht verpflichtet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden. Die Mitglieder, deren Mitgliedschaft ausschließlich nach Nr. 1 lit. b) besteht, sind von der vorgenannten Beitragspflicht befreit.
4. Die Rechte der Mitglieder werden durch Mitgliedervertreter in der Mitgliederversammlung ausgeübt.

§ 4 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Unternehmens erfolgen im elektronischen Bundesanzeiger.

§ 5 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 6 Vorstand

1. Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Mitglieder des Vorstandes.
2. Der Aufsichtsrat kann ein Mitglied des Vorstandes zum Vorstandsvorsitzenden ernennen.

§ 7 Vertretung des Unternehmens

Das Unternehmen wird durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.

§ 8 Geschäftsführung

Der Vorstand führt in eigener Verantwortung die Geschäfte des Unternehmens nach Maßgabe der Gesetze, der Satzung und der Geschäftsordnung, die der Aufsichtsrat erlässt.

§ 9 Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat besteht aus neun Mitgliedern.
2. Die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder erfolgt für die Zeit bis zur Beendigung der Mitgliederversammlung, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet.
3. Die Wiederwahl ausscheidender Aufsichtsratsmitglieder ist zulässig.
4. Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied vor Ablauf seiner Amtszeit aus, so ist ein Nachfolger nur für die restliche Amtszeit des ausgeschiedenen Mitgliedes zu wählen.

§ 10 Aufgaben des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat bestellt die Mitglieder des Vorstandes.
2. Der Aufsichtsrat stellt den Jahresabschluss fest und bestellt den Abschlussprüfer.
3. Der Aufsichtsrat bestellt und entlässt den Verantwortlichen Aktuar.
4. Der Aufsichtsrat überwacht die Geschäftsführung nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Seiner vorherigen Zustimmung bedürfen:
 - a) Kapitalanlagen, die durch ihren Gegenstand, ihren Umfang oder das mit ihnen verbundene Risiko von besonderer Bedeutung sind,
 - b) die Bestellung von Prokuristen und
 - c) die Einführung und Änderung Allgemeiner Versicherungsbedingungen.
5. Der Aufsichtsrat kann bestimmte Aufgaben Ausschüssen übertragen.
6. Der Aufsichtsrat ist berechtigt, Änderungen der Satzung zu beschließen, welche nur deren Fassung betreffen oder welche die Aufsichtsbehörde verlangt, bevor sie den Änderungsbeschluss der Mitgliederversammlung genehmigt.

§ 11 Vorsitz im Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat wählt für die Dauer der Amtszeit aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
2. Scheidet der Vorsitzende oder sein Stellvertreter aus, so hat der Aufsichtsrat unverzüglich eine Neuwahl vorzunehmen.
3. Der Vorsitzende des Aufsichtsrates leitet die Aufsichtsratssitzungen, bei Verhinderung sein Stellvertreter.

§ 12 Einberufung des Aufsichtsrates

1. Der Vorsitzende oder im Verhinderungsfall sein Stellvertreter beruft den Aufsichtsrat schriftlich, telegrafisch, mündlich, fernmündlich oder per E-Mail ein, so oft die Geschäfte es erfordern oder wenn es unter Angabe des Zwecks und der Gründe von einem Mitglied oder vom Vorstand verlangt wird, mindestens jedoch einmal pro Kalenderhalbjahr.
2. Wird dem Verlangen nicht entsprochen, so kann das Mitglied oder der Vorstand unter Mitteilung des Sachverhalts und der Angabe einer Tagesordnung selbst den Aufsichtsrat einberufen.
3. Sind Vorsitzender und Stellvertreter verhindert, so wird der Aufsichtsrat von dem nach Lebensjahren ältesten Aufsichtsratsmitglied einberufen.

§ 13 Beschlüsse des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen sind und mindestens zwei Drittel der Mitglieder, darunter der Vorsitzende oder sein Stellvertreter, an der Beschlussfassung teilnehmen.

2. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden bzw. bei dessen Abwesenheit die seines Stellvertreters.
3. Schriftlich, telegrafisch, fernmündlich oder per E-Mail gefasste Beschlüsse des Aufsichtsrates oder eines Ausschusses sind nur zulässig, wenn kein Mitglied diesem Verfahren widerspricht.

§ 14 Niederschrift über die Aufsichtsratssitzung

Über die Aufsichtsratssitzungen sind Niederschriften anzufertigen, die der Vorsitzende zu unterschreiben hat.

§ 15 Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ des Unternehmens. Sie besteht aus fünfzehn bis fünfundzwanzig volljährigen Vereinsmitgliedern, die in keinem Dienstverhältnis zum Unternehmen stehen.

In Fällen des § 15a Nr. 1 der Satzung kann auch eine größere Anzahl Mitgliedervertreter der Mitgliederversammlung angehören. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre, Wiederwahl ist zulässig.

2. Das Amt als Mitgliedervertreter erlischt durch freiwilligen Rücktritt. Es erlischt ferner, wenn die persönlichen Voraussetzungen der Wählbarkeit gemäß § 15 Nr. 1 der Satzung wegfallen oder durch einen mit einfacher Mehrheit gefassten Beschluss der Mitgliederversammlung.
3. Scheidet ein Mitgliedervertreter aus und wird dadurch die Mindestzahl von fünfzehn Mitgliedervertretern unterschritten, so ist von der nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung eine neue Ergänzungswahl vorzunehmen.
4. Die ordentliche Mitgliederversammlung findet in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres am Sitz der Gesellschaft oder in München statt.

§ 15a Weitere Mitgliedervertreter und Doppelrepräsentanten

1. Im Fall der Verschmelzung durch Aufnahme eines anderen Versicherungsvereins, in dem zum Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins keine Versicherungsverhältnisse, sondern nur noch die daraus resultierenden Mitgliedschaften vorhanden sind, werden zusätzliche Mitgliedervertreter hinzugewählt („weitere Mitgliedervertreter“). Die weiteren Mitgliedervertreter sollen auch die Interessen der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins repräsentieren. Für die weiteren Mitgliedervertreter gelten die übrigen Regelungen der Satzung entsprechend, sofern in diesem § 15a der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Anwendbarkeit von § 15 Nr. 2 Satz 2, 2. Alt. der Satzung setzt das Vorliegen eines wichtigen Grundes zur Abwahl voraus.

a) Es sind so viele weitere Mitgliedervertreter hinzuzuwählen, dass das Verhältnis der weiteren Mitgliedervertreter zu den im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits vorhandenen Mitgliedervertretern des Vereins dem Verhältnis der verdienten Beiträge für eigene Rechnung des übertragenden Versicherungsvereins zu den verdienten Beiträgen für eigene Rechnung des Vereins entspricht („Mindestzahl“). Zur Bestimmung der verdienten Beiträge für eigene Rechnung ist der jeweils letzte geprüfte Jahresabschluss des übertragenden Versicherungsvereins und des Vereins maßgeblich. Dabei ist die Anzahl der weiteren Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Grundsätze der kaufmännischen Rundung zu bestimmen. Dezimalstellen werden in gleicher Weise gerundet.

b) Zum weiteren Mitgliedervertreter kann nur gewählt werden, wer im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins war. Bei der Wahl der weiteren Mitgliedervertreter darf die in § 15 Nr. 1 der Satzung enthaltene Höchstzahl an Mitgliedervertretern zur Erreichung der Mindestzahl gemäß lit. a) überschritten werden. Die weiteren Mitgliedervertreter werden für eine Amtszeit von längstens 12 Jahren, gerechnet ab Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins, gewählt. Die Amtszeit der weiteren Mitgliedervertreter endet bereits früher, wenn ihre Mitgliedschaft gemäß § 3 Nr. 2 der Satzung endet.

c) Scheidet ein weiterer Mitgliedervertreter vor Ablauf der Amtszeit gemäß lit. b) aus, so ist nur dann ein neuer weite-

rer Mitgliedervertreter nachzuwählen, wenn die gemäß lit. a) ermittelte Mindestzahl durch das Ausscheiden unterschritten wird. Wählbar sind nur Personen, die im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins waren. Die Amtszeit eines nachgewählten weiteren Mitgliedervertreeters endet mit dem Ablauf der Amtszeit der übrigen weiteren Mitgliedervertreter, spätestens aber nach Ablauf von 12 Jahren nach Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins.

2. Jeder Mitgliedervertreter des Vereins, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins auch Mitgliedervertreter des übertragenden Versicherungsvereins war, wird zum „Doppelrepräsentanten“. Abweichend von Nr. 1 wird für jeden Doppelrepräsentanten kein weiterer Mitgliedervertreter hinzugewählt. Sämtliche Doppelrepräsentanten repräsentieren für die Dauer von 12 Jahren ab Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins auch die Interessen der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins in der Mitgliederversammlung. Dieses Recht endet bereits vor Ablauf von 12 Jahren, wenn die Mitgliedschaft eines Doppelrepräsentanten gemäß § 3 Nr. 2 der Satzung endet. Für die Doppelrepräsentanten gelten die übrigen Regelungen der Satzung entsprechend, sofern in diesem § 15a der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Anwendbarkeit von § 15 Nr. 2 Satz 2, 2. Alt. der Satzung setzt das Vorliegen eines wichtigen Grundes zur Abwahl voraus. Scheidet vor Ablauf von 12 Jahren nach Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins ein Doppelrepräsentant aus, so ist ein weiterer Mitgliedervertreter nachzuwählen, wenn die gemäß Nr. 1 lit. a) ermittelte Mindestzahl durch das Ausscheiden unterschritten wird. Im Übrigen gilt Nr. 1 lit. c) Satz 2 und 3 entsprechend.

3. Zur Wahrung der Rechte der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins sind bis zum Ablauf der Amtszeit der weiteren Mitgliedervertreter bzw. solange den Doppelrepräsentanten das Recht gemäß Nr. 2 Satz 3 zusteht, sämtliche Beschlüsse der Mitgliederversammlung, die mindestens einer Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen bedürfen, nur dann wirksam, wenn mehr als ein Viertel der bei der Beschlussfassung anwesenden weiteren Mitgliedervertreter und/oder Doppelrepräsentanten dem jeweiligen Beschluss zugestimmt hat.

§ 16 Aufgaben der Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung nimmt den Jahresabschluss, den Lagebericht des Vorstandes und den Bericht des Aufsichtsrates sowie den Konzernabschluss und den Konzernlagebericht entgegen.
2. Die Mitgliederversammlung beschließt insbesondere über:
 - a) Entlastung der Mitglieder des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
 - b) Wahl derjenigen Aufsichtsratsmitglieder, die nach den gesetzlichen Bestimmungen von der Mitgliederversammlung und nicht von den Arbeitnehmern zu wählen sind, sowie deren Abberufung,
 - c) Wahl und Abberufung der Mitglieder der Mitgliederversammlung,
 - d) Änderungen der Satzung,
 - e) Verwendung der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß § 24 Nr. 4 der Satzung,
 - f) Vergütungen für die Mitglieder des Aufsichtsrates und
 - g) Auflösung oder Verschmelzung des Unternehmens.

§ 17 Einberufung der Mitgliederversammlung

1. Die Einberufung der Mitgliederversammlung erfolgt durch den Vorstand im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates. Sie erfolgt spätestens einen Monat vor dem Tage der Versammlung schriftlich und durch Bekanntmachung gemäß § 4 der Satzung unter Angabe der Firma, des Sitzes des Unternehmens, der Zeit, des Ortes und der Tagesordnung nach den gesetzlichen Vorschriften.
2. Weitere Mitgliederversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder des Vorstandes oder auf begründeten, an den Vorsitzenden des Aufsichtsrates zu richtenden schriftlichen Antrag von mindestens vier Mitgliedervertretern

einberufen werden. § 15 Nr. 4 und § 17 Nr. 1 der Satzung finden entsprechende Anwendung.

§ 18 Teilnahme an der Mitgliederversammlung

Zur Teilnahme an der Mitgliederversammlung sind nur die gewählten Mitglieder befugt. Stellvertretung ist ausgeschlossen. Aufsichtsrat und Vorstand nehmen an der Versammlung teil; sie sind nicht stimmberechtigt.

§ 19 Vorsitz in der Mitgliederversammlung

Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates, im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter oder – falls dieser verhindert ist – der Vorsitzende des Vorstandes.

§ 20 Beschlüsse der Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit wird innerhalb von sechs Wochen eine weitere Mitgliederversammlung einberufen, die ohne Rücksicht auf die Zahl der Anwesenden beschließt.
2. Die Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Wahlen entscheidet im Falle der Stimmgleichheit das vom Vorsitzenden der Mitgliederversammlung zu ziehende Los. Änderungen der Satzung können nur mit Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen beschlossen werden.
3. Über die Form der Abstimmung entscheidet die Mitgliederversammlung.

§ 21 Niederschrift über die Mitgliederversammlung

Über die Mitgliederversammlung ist eine Niederschrift zu fertigen.

§ 22 Minderheitsrechte

Soweit das Gesetz einer Minderheit Rechte gewährt, stehen diese einer Minderheit von vier Mitgliedern zu.

§ 23 Anträge zur Beschlussfassung

Anträge zur Beschlussfassung (u. a. Vorschläge zur Ergänzungswahl von Mitgliedern), die von mindestens einhundert Mitgliedern unterzeichnet sind und spätestens zwei Monate vor der Mitgliederversammlung dem Vorstand zugehen, müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Mitgliederversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

§ 24 Rechnungswesen, Jahresabschluss

1. Für die Buchführung, den Jahresabschluss und den Lagebericht sowie die Prüfung und Bekanntmachung des Jahresabschlusses gelten die gesetzlichen Vorschriften und die von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätze.
2. Das Unternehmen bildet eine Verlustrücklage in Höhe von mindestens einem Zwanzigstel der tariflichen Leistungen der beiden letzten Geschäftsjahre. Der Verlustrücklage sind bis zur Erreichung dieser Höhe jährlich wenigstens fünf vom Hundert der Summe aus Jahresüberschuss und Zuführung zur Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen. Außerdem können als Eigenkapital auch andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Dem Eigenkapital soll min-

destens der Betrag zugeführt werden, der nach den Vorschriften des Körperschaftsteuergesetzes nicht steuerfrei in die Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt werden kann.

3. Der Jahresabschluss ist in der Weise aufzustellen, dass der von dem Geschäftsergebnis nach Einstellung in das Eigenkapital verbleibende Überschuss in voller Höhe der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugewiesen wird. Die dieser Rückstellung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Versicherten verwendet werden.
4. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, die nach Nr. 3 gebildet worden ist, erfolgt u. a. in Form von Auszahlungen, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen.
5. Das Unternehmen ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit über sie nicht zugunsten der Versicherten bereits beschlossen worden ist, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

§ 25 Vermögensanlage

Die Anlage des Vermögens des Unternehmens erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen.

§ 26 Satzungsänderungen und Einführung oder Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Satzungsänderungen, die Bestimmungen über Namen, Sitz, Geschäftsgebiet, Gegenstand des Unternehmens, Mitgliedschaft, Bekanntmachungen, Geschäftsjahr, Organe, Rechnungswesen, Jahresabschluss, Vermögensanlagen und Auflösung betreffen, haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse.
2. Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allgemeine Versicherungsbedingungen einzuführen oder zu ändern. Über ein solches Vorhaben informiert der Vorstand die Mitglieder, bevor er den Aufsichtsrat um Zustimmung bittet.

§ 27 Auflösung

1. Über die Auflösung des Unternehmens kann nur beschlossen werden, wenn in einer zu diesem Zweck einberufenen Mitgliederversammlung mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sind und mindestens drei Viertel der stimmberechtigten Mitglieder für die Auflösung stimmen.
2. Ist die Versammlung nicht beschlussfähig, so ist eine weitere Versammlung einzuberufen, die dann ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Stimmberechtigten mit einer Mehrheit von drei Vierteln der Erschienenen beschließen kann.
3. Im Falle der Auflösung bestellt die Mitgliederversammlung die Abwickler und regelt deren Vergütung. Sie bestimmt auch über die Verteilung des restlichen Vermögens. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 27. August 2010, Gesch.Z.: VA 16 – I 5002 – 4001 – 2010/0001